

## **Interviewfragen**

### **Allgemeine Einstiegsfragen**

1. Beschreiben Sie bitte Ihre Stelle, sowie Ihre Funktion im Unternehmen.
2. Sind aktuell suchterkrankte Personen im Unternehmen bekannt?
3. Hat das Unternehmen, für das Sie tätig sind, einen Schaden durch Suchterkrankte Personen genommen?
4. Gibt es Auswirkungen der Sucht, wie CO- Abhängigkeit etc.?
5. Wie wird mit dem Thema Anlasstrinken umgegangen?
6. Kann man zum Beispiel Alkohol käuflich im Unternehmen erwerben?
7. Dürfen die Arbeitnehmer eine Raucherpause auf Arbeitszeit nehmen?

### **Handlungsmöglichkeiten des Arbeitnehmers**

8. Wie ist die Vorgehensweise mit einer erkrankten Person, die ihre Krankheit selbst anspricht?

### **Handlungsmöglichkeiten des Arbeitgebers**

9. Wie ist die Vorgehensweise der Führungskräfte, wenn Auffälligkeiten bei einer Person wahrgenommen werden?
10. Werden Führungskräfte im Hinblick auf das Erkennen von suchterkrankten Personen und dementsprechende Verhaltensweisen geschult?
11. Wie viele Führungskräfte werden von dem Unternehmen jährlich bezüglich dem Suchtthema geschult und wie oft?
12. Warum wird das von der Institution als sinnvoll erachtet?
13. Gibt es andere Maßnahmen, die das Unternehmen zur Suchtprävention- und Hilfe ergriffen hat?

### **Präventive Maßnahmen**

- 14. Gibt es präventive Maßnahmen gegen die Sucht?
- 15. Werden die Mitarbeiter auch bezüglich der Suchthematik geschult?

### **Die Zusammenarbeit mit inner- und außerbetrieblichen**

#### **Einrichtungen**

- 16. Wird das betriebliche Gesundheitsmanagement im Hinblick auf Suchtfälle mit eingebunden und in wieweit ist dies der Fall?
- 17. Gibt es eine Zusammenarbeit mit anderen Stellen im Hinblick auf Suchthilfe?

## **Auswertung des Interviews**

Die Interviews wurden zum Einen mit einem Mitarbeiter einer öffentlichen Verwaltung (DRV-Baden-Württemberg) und zum Anderen mit einem Mitarbeiter eines Unternehmens aus dem Bereich der Privatwirtschaft (Bausparkasse Schwäbisch Hall) geführt. Im Folgenden werden die Antworten, bzw. Aussagen der Interviewpartner jeweils mit der Abkürzung „BSK“ für den Experten der Bausparkasse Schwäbisch Hall, sowie „DRV“ für den Experten der Deutschen Rentenversicherung BW kenntlich gemacht. Weiterhin sind alle Passagen, in deren Inhalt beide Experten übereinstimmen, in grüner Farbe markiert und alle Aussagen, die sich im Inhalt unterscheiden, in blauer Farbe markiert. Dies dient einer besseren Übersicht der Inhalte.

## **Allgemeine Einstiegsfragen**

- 1. Beschreiben Sie bitte Ihre Stelle, sowie Ihre Funktion im Unternehmen.**

*DRV: Ich bin seit der Staatsprüfung in der Personalbetreuung tätig und als Hauptabschnittsleiter für Lohn und Gehalt verantwortlich. In meiner Funktion als Integrationsbeauftragter kommt es auch zur Bearbeitung von Krankheitsfällen (teilweise suchtbedingt) in Verbindung mit arbeitswidrigem Verhalten, sowie zu Gesprächen, die der Wiedereingliederung nach langer Krankheit ins Berufsleben dienen. Darunter fallen ebenfalls suchtbedingte Fälle.*

*BSK: Ich bin im Bereich Personal tätig, unter anderem auch als Gesundheitsmanagerin. Ebenfalls unterliegen mir Aufgaben in der Personalentwicklung. Weiterhin habe ich die Leitung des Gesundheitsservices in dem drei Mitarbeiterinnen beschäftigt sind.*

**2. Sind aktuell suchterkrankte Personen im Unternehmen bekannt?**

DRV: *Ja, es ist ein Fall bekannt, der auch über mehrere Jahre hinweg andauert. Es sind „unter der Decke einige bekannt, aber nicht auffällig“. Statistisch sind bei einigen Personen häufige Kurzerkrankungen erfasst, diese können aber unterschiedliche Ursachen haben.*

BSK: *Ja, es sind aktuell einige Fälle im Unternehmen bekannt. Im Schnitt etwa so viele wie in der gesamten Bevölkerung. Also ca. 5%. Das ist allerdings schwierig zu erfassen, da nur diejenigen offiziell bekannt sind, die auffällig sind oder waren, bzw. sich selbst gemeldet haben.*

**3. Hat das Unternehmen, für das Sie tätig sind, einen Schaden durch suchterkrankte Personen genommen?**

DRV: *Finanzielle Schäden können nicht im Hinblick auf suchterkrankte Mitarbeiter erfasst werden, aber Kollegen leiden unter häufigen Fehlzeiten, da sie Mehrarbeit leisten müssen.*

BSK: *Hohe Fehlzeiten liegen auf jeden Fall vor. Das ist genau so wie bei anderen Krankheiten. Allerdings hat es negative Auswirkungen auf das kollegiale Umfeld.*

**4. Gibt es Auswirkungen der Sucht, wie CO- Abhängigkeit etc.?**

DRV: *Die Kollegen müssen bei Fehlzeiten Mehrarbeit leisten, was negative Reaktionen hervorruft. Wird der Betroffene angesprochen, dann ist die Reaktion oft negativ, er isoliert sich von den Kollegen, was ebenfalls zu schlechter Stimmung führt. Co- Abhängigkeit gibt es sicherlich auch, das gehört zum Krankheitsbild dazu.*

BSK: CO- Abhängigkeit gibt es in jedem Fall, das gehört zur Krankheit dazu. Aber in anderer Abstufung /abgeschwächter Form als bei der Familie oder nur durch sehr enge Kollegen. Es gibt eine Grenze zwischen gutem Kollegen und CO- Abhängigkeit, die Balance muss gehalten werden. Jedoch macht es dieses Verhalten schwieriger für Führungskräfte, suchtkranke Personen zu erkennen.

##### **5. Wie wird mit dem Thema Anlasstrinken umgegangen?**

DRV: *Früher war das kein Thema, Alkohol gab es zu jedem Jubiläum und zu jedem Geburtstag. Das war durchaus üblich. Das gibt es so nicht mehr. Die Möglichkeiten zu konsumieren wurden begrenzt und abgeschafft, da man davon ausgehen muss, dass wenn Alkohol angeboten wird, dieser folglich im Dienst konsumiert wird und die Konsequenz eine Abmahnung wäre. Dies ist ein Widerspruch in sich und konnte nicht getragen werden. Es gibt in den Gebäuden der DRV derzeit keinen Alkohol mehr käuflich zu erwerben.*

BSK: *Es gibt ein allgemeines Alkoholverbot im Unternehmen und dementsprechend ist Alkohol nicht käuflich zu erwerben.*

*Aber bei festlichen Anlässen wie Betriebsfeiern gibt es dennoch teilweise Alkohol (Sekt/ Bier).*

*Hat beispielsweise ein Team Kenntnis von einem suchterkrankten Kollegen, werden oftmals sogar Anlässe, die zum Konsum von Alkohol verleiten (Besuch des Glühweinstandes auf dem Weihnachtsmarkt), bewusst vermieden.*

**6. Kann man zum Beispiel Alkohol käuflich im Unternehmen erwerben?**

DRV: *Nein, das wurde mit der Zeit abgeschafft und momentan gibt es keinen Alkohol käuflich zu erwerben im Unternehmen.*

BSK: *Nein, käuflich zu erwerben ist Alkohol im Unternehmen nicht. Allerdings wird er auf Betriebsfeiern teilweise ausgeschenkt.*

**7. Dürfen die Arbeitnehmer eine Raucherpause auf Arbeitszeit nehmen?**

DRV: *Nein, nicht mehr. Die Arbeitnehmer müssen nun dafür ausstempeln.*

BSK: *Es gibt eine vollkommene Gleitzeit im Unternehmen, man kann kommen und gehen wann man möchte. Raucherpausen können somit auch gemacht werden. Es gibt eine bezahlte Frühstückspause in der es möglich wäre. Führungskräfte arbeiten auf Basis der Vertrauenszeit, also ohne Zeiterfassung, somit ist eine Raucherpause hier ebenfalls möglich. Auch werden beim Rauchen oft betriebliche Belange besprochen, somit wird das anerkannt, wenn zwischendurch eine Zigarette geraucht wird. Allerdings gibt es im Betrieb eingeschränkte Möglichkeiten zum Rauchen, im Innenhof ist es zum Beispiel untersagt. Dafür gibt es ausgewählte andere Stellen, an denen es erlaubt ist, zum Beispiel eine Rauchercafeteria. „Klassische Raucherpausen“ gibt es aber nicht, wenn die Pausen sehr lange sind, muss trotzdem ausgestempelt werden im Rahmen der vollkommenen Gleitzeit ist dies jederzeit möglich.*

## **Handlungsmöglichkeiten des Arbeitnehmers**

8. **Wie ist die Vorgehensweise mit einer erkrankten Person, die ihre Krankheit selbst anspricht?**

*DRV: Das wird begrüßt, da dies der optimale Fall ist. Diese Personen sind einsichtig und verlangen Hilfe. Die betroffene Person muss es jedoch nicht anzeigen, es besteht keine Meldepflicht oder Zwang.*

*Man hat die Möglichkeit zum Personalrat oder zum sozialen Dienst zu gehen, die weiterführende Hilfe anbieten und Möglichkeiten aufzeigen, damit diejenige Person selbst aktiv wird.*

*BSK: Diese Fälle gibt es durchaus auch. Das kommt öfters vor, wenn zwischen der Führungskraft und dem betroffenen Mitarbeiter ein gutes Vertrauensverhältnis aufgebaut wurde. Selbstverständlich können diese Personen sich ebenfalls an alle Hilfsstellen im Haus wenden und alle Möglichkeiten nutzen.*

## **Handlungsmöglichkeiten des Arbeitgebers**

9. **Wie ist die Vorgehensweise der Führungskräfte, wenn Auffälligkeiten bei einer Person wahrgenommen werden?**

*DRV: Fallen einem Fachvorgesetzten Auffälligkeiten bei einem Mitarbeiter auf, greift er über das Intranet auf die Dienstsuchtvereinbarung zu, ggf. kann er auch die Ansprechpartner für weiterführende Fragen aufsuchen.*

*Es müssen immer Auffälligkeiten wie beispielsweise cholerische Anfälle oder Streitsucht vorliegen, um aktiv einzuschreiten. Auch kann nur eine Sucht vorgeworfen werden, wenn eine Kausalität zwischen einem Konsum und daraus resultierenden Auffälligkeiten vorliegt.*

Schaden muss aufgrund einer vorliegenden Kausalität nachgewiesen werden, also infolge des Alkoholkonsums sind Fehler unterlaufen oder Unfälle passiert.

In der Dienstsuchtvereinbarung sind alle weiteren Vorgehensweisen erläutert. Es gibt vier bis fünf Stufen. Die erste Stufe umfasst ein Gespräch zwischen Fachvorgesetztem und Betroffenen, eventuell kann hierbei auch der Betriebsrat oder der Schwerbehindertenbeauftragter hinzu gezogen werden. Die Personalabteilung hat noch keine Kenntnis von dem Fall. Einige der Betroffene reagieren positiv und sind dankbar für die angebotene Hilfe. Viele aber reagieren negativ mit „Liebesentzug“ und Isolation gegenüber ihren Kollegen und Vorgesetzten. Bei dem ersten Gespräch wird ein Folgegespräch vereinbart und dieses dann geführt, um zu sehen, ob die einvernehmlichen Regelungen des ersten Gespräches erfüllt wurden, was der zweiten Stufe entspricht. So folgen die anderen Stufen, unter Einbeziehung der Personalabteilung (disziplinarisches Verfahren) ab der dritten Stufe. Hilfsangebote werden formuliert, Therapien angeboten und Suchthilfestellen aufgezeigt. Bis hin zu Abmahnungen und Kündigung, wobei es zwar bisher selten, aber dennoch zu Kündigungen kam.

BSK: Hier gibt es ein *Individuelles Vorgehen, je nach Fall.*

Zunächst erfolgt meist eine Beratung der Führungskräfte bei der Betriebsärztin oder durch *Suchtberater/ Suchtkrankenhelfer* hinsichtlich des Handlungsbedarfs der Führungskräfte, verbunden mit der Fürsorgepflicht. Ebenfalls erhalten Führungskräfte Kenntnis der vielfältigen Möglichkeiten zu Hilfsangeboten und hinsichtlich dem Vorgehen, welches in mehreren Stufen (z.B. Gespräche mit dem Betroffenen) verläuft nach der Betriebssuchtvereinbarung. Sucht wird im Unternehmen nicht geduldet.

Liegen Auffälligkeiten vor, muss der Vorgesetzte reagieren und ein Gespräch mit dem Betroffenen führen.



*Die Stufen laufen gestaffelt ab, beinhalten mehrere Gespräche zwischen Führungskraft und Betroffenen, auch unter späterer Einbeziehung des Betriebsrates, eines Betriebsarztes, der Personalabteilung und anderen Vertrauenspersonen.*

*Hierbei sind die Interventionen immer mit Hilfsangeboten (interne Gruppe/ Therapie) verbunden. Es werden Kontakte hergestellt zur internen Suchtgruppe, der Betriebsärztin, den Suchthelfern oder ein entsprechendes Angebot, welches akzeptabel für den Betroffenen ist. Es wird auch geraten, über die verpflichtenden Gespräche aufgrund der Betriebssuchtvereinbarung weitere Gespräche mit Experten zu führen.*

*Erfolgt eine Kündigung nach mehrmaligen Abmahnungen aufgrund der Betriebssuchtvereinbarung, ist diese immer an eine Wiedereinstellung geknüpft, sollte die Sucht nachweislich bekämpft sein. Dies kann beispielsweise durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden. Die Wiedereinstellungszusage wird immer gemacht, sollte eine Kündigung aufgrund der Sucht erfolgen.*

**10. Werden Führungskräfte im Hinblick auf das Erkennen von suchterkrankten Personen und dementsprechende Verhaltensweisen geschult?**

DRV: *Es gibt umfangreiche Schulungsangebote im Hinblick auf das Thema Sucht. Unter anderem werden von der Personalentwicklung Fortbildungen initiiert. Die Angebote sind allerdings nicht verpflichtend für Führungskräfte sondern freiwillig. Diese gibt es beispielsweise in Oppenweiler. Über die VWA in Stuttgart oder die DRV Bund werden Seminare angeboten. Diese werden meist genutzt, wenn Führungskräfte mit einem Fall konfrontiert sind und sich Hilfe und Anregungen holen möchten.*

BSK: Hat ein Vorgesetzter zunächst Bedenken, es könnte Sucht bei einem Mitarbeiter vorliegen, kann er sich bei der Suchtberaterin, die öfters im Haus ist (von einer externen Stelle) beraten lassen, oder, was häufiger der Fall ist, von der Betriebsärztin.

Weiterhin gibt es verschiedene Seminare und Schulungen für Führungskräfte.

Insbesondere werden Schulungen durch die Oberärzte „des Klinikums rechts der Isar“ (Universitätsklinikum München) geleitet, zu dem Führungskräfte, Mitarbeiter der Personalabteilung und Betriebsräte gehen. In dieser Schulung werden hauptsächlich die Inhalte vermittelt, wie man suchtbedingte Auffälligkeiten erkennen kann und wann eine Führungskraft einschreiten muss. Weiterhin wird vermittelt, dass Führungskräfte sich Unterstützung durch Experten in einem so weitreichenden Thema holen sollen und selbst Hilfsangebote unterbreiten müssen.

**11. Wie viele Führungskräfte werden von dem Unternehmen jährlich bezüglich dem Suchtthema geschult und wie oft?**

DRV: Das kann man konkret nicht sagen, da es mehrere, unterschiedliche Schulungen gibt.

BSK: Die Schulung des Klinikums wird zweimal pro Jahr angeboten, die Teilnehmerzahl variiert.

## **12. Warum wird das von der Institution als sinnvoll erachtet?**

DRV: *Um aktuelle Problemfälle lösen zu können und sich persönlich weiter zu bilden.*

BSK: *Da Führungskräfte in der Verantwortung stehen, suchterkrankte Mitarbeiter zu erkennen und dementsprechend zu handeln, deswegen werden unsere Führungskräfte geschult. Führungskräfte haben eine Fürsorgepflicht zu erfüllen, sie stehen in der Verantwortung. Weiterhin ist es sehr schwer, das Vorliegen einer Sucht zu erkennen, daher ist es sinnvoll, die Führungskräfte auch dahin gehend zu schulen.*

## **13. Gibt es andere Maßnahmen, die das Unternehmen zur Suchtprävention- und Hilfe ergriffen hat?**

DRV: *Der soziale Dienst bietet eine Anlaufstelle für Fragen zum Thema Sucht. Sie führten im vergangenen Jahr ca. neun Gespräche rund um das Thema Sucht. (Diese Information stammt von dem sozialen Dienst der DRV BW)*

BSK: *Ja, es wurden zum Beispiel drei betriebliche Ansprechpartner Suchtprävention (Suchtkrankenhelfer) durch ein Programm der Diakonie ausgebildet, die von der BSK darin unterstützt wurden. Die Ausbildung dauert ca. ein Jahr lang. Die Ausbildung wird durch die Bausparkasse finanziert, was Kosten in Höhe von etwa 1800€ pro Person ausmacht. (Diese Information stammt aus einer nachträglichen E-Mail zum Interview der Expertin der BSK). Ebenso werden die Mitarbeiter für bestimmte Tage freigestellt, um ihrer Ausbildung und später auch ihrer Aufgabe im Unternehmen nachzukommen.*

*Sie stehen ebenfalls für Aufklärungen über das Thema Sucht zur Verfügung und beraten meistens Betroffene direkt oder Kollegen, die interessiert sind oder aktuell mit Betroffenen in Kontakt stehen.*

*Weiterhin gehen die Suchtkrankenhelfer in Teams und Gruppen im Haus und geben Schulungen und klären auf, wie man beispielsweise eine eventuell erkrankte Person auf die Thematik Sucht anspricht und andere Probleme bzw. Auffälligkeiten thematisiert.*

*Die Suchtkrankenhelfer haben große Erfolge im letzten Jahr verzeichnet und das Angebot soll nun auch ausgeweitet werden. Die betrieblichen Ansprechpartner Suchtprävention sind ein Erfolgsmodell der Bausparkasse und haben eine Vielzahl an Kontakten und werden als Anlaufstelle für Beratungen aufgesucht. Im vergangenen Jahr haben sie ca. 80 Gespräche geführt und etwa 25 Präsentationen vor Mitarbeiter und Teams gehalten. Die Daten werden jedoch auch erst seit ca. einem Jahr erhoben, da seit diesem Zeitpunkt die Ausbildung erst abgeschlossen wurde.*

*Weiterhin wurde ein „Krisentelefon für psychosoziale Belange“ eingerichtet. Dort können Mitarbeiter, Angehörige und Betroffene, auch anonym, anrufen und werden beraten bezüglich des Themas Sucht.*

*Es ist geeignet, wenn man mit niemandem in seinem Umfeld persönlich sprechen möchte, sondern mit neutralen Personen. Die Flyer mit der Telefonnummer liegen an mehreren Stellen in der Bausparkasse aus und sind jedem zugänglich, ebenfalls wurden sie ausgeteilt.*

## **Präventive Maßnahmen**

### **14. Gibt es präventive Maßnahmen gegen die Sucht?**

DRV: *Es gibt Maßnahmen, aber nicht speziell gegen die Sucht sondern allgemein gegen Krankheit. Eingeleitet wurden diese von der Personalentwicklung und sollen der Gesundheit dienen und wurden über das allgemeine Gesundheitsmanagement initiiert. Ein Beispiel ist die Raucherpause, die nicht mehr auf Arbeitszeit erfolgen darf.*

BSK: *Ja, die drei ausgebildeten betrieblichen Ansprechpartner Suchtprävention (Suchtkrankenhelfer) halten Vorträge in verschiedenen Teams im Haus. Weiterhin beraten sie erkrankte Mitarbeiter, da hier die Hemmschwelle nicht so hoch ist, wie direkt mit dem Vorgesetzten über das Problem Sucht zu sprechen. Die Suchtkrankenhelfer haben Wegweisende Funktionen, das heißt sie gehen die verschiedenen Möglichkeiten, die Hilfe bieten bei Suchterkrankungen mit dem Betroffenen durch. Sie begleiten die Betroffenen ggf. auch zu der internen Suchtgruppe oder zum Betriebsarzt.*

### **15. Werden die Mitarbeiter auch bezüglich der Suchtthematik geschult?**

DRV: *„In House- Seminare“ gibt es nicht. Über das Intranet kann jeder Mitarbeiter auf die Dienstvereinbarung Sucht in Einzelfällen zugreifen und darüber auch Ansprechpartner in Erfahrung bringen, die im konkreten Fall weiterhelfen können.*

BSK: *Ja, es gibt aktive Seminare durch die betriebl. Ansprechpartner Suchtprävention (Suchtkrankenhelfer), welche Vorträge für Mitarbeiter (ca. 25 pro Jahr) halten.*

*Auch können die Mitarbeiter die Suchtkrankenhelfer kontaktieren und ein persönliches Gespräch erbitten, sollten sie Fragen zum Thema haben.*

## **Die Zusammenarbeit mit inner- und außerbetrieblichen Einrichtungen**

### **16. Wird das betriebliche Gesundheitsmanagement im Hinblick auf Suchtfälle eingebunden und in wie weit ist dies der Fall?**

*DRV: Nein, diese internen Stellen haben lediglich wegweisende Funktion und verweisen auf externe Stellen, da dies sonst „den Rahmen sprengen würde“.*

*BSK: Ja, selbstverständlich. Der Betriebsarzt wird mit eingebunden, oft auch durch Auflagen, die in den Gesprächen zum Teil festgelegt werden, die aufgrund der Betriebssuchtvereinbarung geführt werden. Meist ist dies jedoch nicht zwingend für den Betroffenen, wenn er nachweisen kann, dass er einen anderen Arzt aufsucht. Ebenso wird der Gesundheitsservice mit eingebunden.*

### **17. Gibt es eine Zusammenarbeit mit anderen Stellen im Hinblick auf Suchthilfe?**

*DRV: Es erfolgen in den Stufengesprächen Hilfsangebote, in denen solche Einrichtungen angesprochen werden, aber es gibt keine konkrete Zusammenarbeit.*

*BSK: Ja, wir haben seit vielen Jahren einen Vertrag mit der Suchtberatungsstelle in Schwäbisch Hall. Eine Mitarbeiterin kommt regelmäßig in unser Unternehmen und leitet eine Suchtgruppe.*

*Das ist inzwischen zu einem Standard geworden und soll nicht geändert werden.*

*Die Teilnahme ist grundsätzlich freiwillig, kann jedoch auch durch Auflagen erzwungen werden. Die Personen sind dort anonym, das heißt, die persönlichen Daten werden nicht an die Personalabteilung gemeldet. Bisher wurden keine Daten über die Teilnahme erhoben, jedoch soll nun die Anzahl der Mitarbeiter (anonym), die diese Gruppe besuchen, erfasst werden.*

*Die Teilnahme erfolgt auf Arbeitszeit und dauert ca. 1 Stunde. Die Teilnahme ist meist längerfristig, jedoch sollen nach einer gewissen Zeit durch die Gruppe Erfolge erzielt werden. Ist dies nicht der Fall, wird unter anderem mit dem Betriebsarzt nach anderen Wegen und Möglichkeiten gesucht, die dann eine Möglichkeit darstellen, die effektiver ist.*

**E- Mail der Expertin der Bausparkasse Schwäbisch Hall vom  
26.03.2015 um 17:36 Uhr:**

Hallo Frau Grau,

heute komme ich endlich dazu, Ihnen eine Rückmeldung zu geben.

Die Betriebsvereinbarung zum Thema Sucht kann ich Ihnen leider nicht zur Verfügung stellen. Ich bitte Sie dafür um Verständnis. Wir geben solche Unterlagen grundsätzlich nicht aus dem Haus.

Eine Ausbildung eines Betrieblichen Ansprechpartner Suchtprävention kostet ca. 1.800 € pro Person.

Viele Grüße und viel Erfolg bei Ihrer Bachelor-Arbeit.


**E- Mail des Sozialen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung  
Baden- Württemberg 03.03.2015 um 14:26 Uhr:**

Hallo Frau Grau,

im letzten Jahr waren insgesamt neun Mitarbeiter wegen Abhängigkeitsthemen bei uns in der Beratung.

Viel Erfolg für Ihre Bachelorarbeit.



<b>Gericht:</b>	BSG 3. Senat	<b>Quelle:</b>	
<b>Entscheidungsdatum:</b>	18.06.1968	<b>Normen:</b>	§ 182 Abs 1 RVO vom 12.07.1961, § 184 RVO vom 19.07.1911
<b>Aktenzeichen:</b>	3 RK 63/66	<b>Zitiervorschlag:</b>	BSG, Urteil vom 18. Juni 1968 – 3 RK 63/66 –, BSGE 28, 114, SozR Nr 28 zu § 182 RVO
<b>Dokumenttyp:</b>	Urteil		

## Leitsatz

1. Zur Frage, ob Trunksucht als Krankheit iS der RVO anzusehen ist.

## Sonstiger Orientierungssatz

1. Unter Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne ist ein objektiv faßbarer regelwidriger Körper- oder Geisteszustand zu verstehen, der von der Norm abweicht und der durch Heilbehandlung behoben, gelindert oder zumindest vor einer drohenden Verschlimmerung bewahrt werden kann.

Trunksucht als seelisch-körperliche Komplexerkrankung braucht sich nicht als eine Geisteskrankheit im engeren Sinne darzustellen oder in körperlichen Erscheinungsformen zu äußern; sie kann selbst dann als Krankheit iS der RVO angesehen werden, wenn eine Langandauernde, zwanghafte Abhängigkeit von dem Suchtmittel (Verlust der Selbstkontrolle) vorliegt.

Führt die ambulante Krankenpflege nicht zum Erfolg, so ist die KK verpflichtet, Krankenhauspflege zu gewähren.

Die Leistungspflicht der KK besteht selbst dann, wenn ua auch Gründe der öffentlichen Sicherheit und Ordnung für die Unterbringung in einem Landeskrankenhaus maßgebend sind

2. Trunksucht ist auch dann als Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne anzusehen, wenn eine organische Gesundheitsstörung noch nicht eingetreten ist.

3. Bei Alkoholsüchtigkeit ist der Verlust der Selbstkontrolle das Merkmal für das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Krankheit iS der RVO.

## Fundstellen

BSGE 28, 114 (Leitsatz 1 und Gründe)  
 SozR Nr 28 zu § 182 RVO (red. Leitsatz 1 und Gründe)  
 RegNr 3307  
 Praxis 1968, 423 (Leitsatz 1 und Gründe)  
 BKK 1968, 550 (Leitsatz 1 und Gründe)  
 Breith 1968, 809 (Leitsatz 1 und Gründe)  
 FEVS 16, 72-77 (Leitsatz und Gründe)  
 ErsK 1968, 422 (Leitsatz 1 und Gründe)  
 SozVers 1968, 314 (Leitsatz 1 und Gründe)  
 MDR 1968, 957 (Leitsatz 1 und Gründe)  
 WzS 1969, 17 (Leitsatz 1 und Gründe)  
 DOK 1968, 736 (Leitsatz 1 und Gründe)  
 SGB 1969, 383 (Leitsatz 1 und Gründe)  
 Die Beiträge 1969, 49 (Leitsatz 1 und Gründe)  
 DMW 1969, 802 (Leitsatz 1 und Gründe)

GVLAk RdSchr AH 24/68 (Gründe)  
USK 6845 (red. Leitsatz 1-2 und Gründe)  
SozArb 1968, 399 (red. Leitsatz 1 und Gründe)  
NDV 1968, 298 (red. Leitsatz 1 und Gründe)  
SsE IV/K18, 65-65b (red. Leitsatz 3 und Gründe)

### **Diese Entscheidung wird zitiert**

#### **Rechtsprechung**

Vergleiche FG Köln 10. Senat, 8. März 2012, Az: 10 K 2389/09  
Vergleiche BVerwG 2. Senat, 28. April 1988, Az: 2 C 58/85  
im Text BFH 3. Senat, 13. Februar 1987, Az: III R 208/81  
Vergleiche BSG 9. Senat, 15. März 1979, Az: 9 RVs 6/77  
Fortführung BSG 3. Senat, 17. Oktober 1969, Az: 3 RK 82/66

#### **Literaturnachweise**

Günter Hennies, Alkoholkrankheit 1984, 55-62 (Schriftenreihe der Hans Neuffer Stiftung, Bd 6) (Kongressvortrag)  
Berg, BKK 1968, 567 (Entscheidungsbesprechung)  
W Berg, BKK 1968, 567-570 (Entscheidungsbesprechung)  
Engel, DÄ 1969, 1046 (Entscheidungsbesprechung)  
Werner Engel, DÄ 1969, 1046-1048 (Aufsatz)  
Mentzel, DÄ 1969, 2686 (Entscheidungsbesprechung)  
Gerhard Mentzel, DÄ 1969, 2686-2687 (Aufsatz)  
Kramm, DÄ 1969, 2687 (Entscheidungsbesprechung)  
Hellmut Kramm, DÄ 1969, 2687-2689 (Aufsatz)  
Feuerbein, DÄ 1969, 2689 (Entscheidungsbesprechung)  
W Feuerlein, DÄ 1969, 2689-2690 (Aufsatz)  
Stemplinger, DÄ 1969, 2690 (Entscheidungsbesprechung)  
F Stemplinger, DÄ 1969, 2690-2692 (Aufsatz)  
Engel, DÄ 1970, 260 (Entscheidungsbesprechung)  
Werner Engel, DÄ 1970, 260-261 (Aufsatz)  
xx, Die Beiträge 1969, 49 (Anmerkung)  
xx, DOK 1968, 736 (Anmerkung)  
Otto Ernst Krasney, DRV 1971, 325 (Entscheidungsbesprechung)  
Otto Ernst Krasney, DRV 1971, 325-330 (Aufsatz)  
Werner Klein, Kompaß 1989, 586-590 (Aufsatz)  
Kohlhausen, MEDSACH 1969, 227 (Entscheidungsbesprechung)  
K Kohlhausen, MEDSACH 1969, 227-230 (Aufsatz)  
XX, NDV 1968, 298 (LT1) (Anmerkung)  
Schroeter, SGB 1969, 383 (Anmerkung)  
Schroeter, SGB 1969, 384-385 (Anmerkung)  
Hans-Jürgen Sabel, SozArb 1968, 399 (LT1)WzS 1969, 17 (Anmerkung)  
xx, SozVers 1968, 314 (Anmerkung)  
Hans-Jürgen Sabel, WzS 1969, 20-22 (Anmerkung)  
Schiller, WzS 1969, 71 (Entscheidungsbesprechung)  
Walter Schiller, WzS 1969, 71-73 (Entscheidungsbesprechung)  
Wilhelm Stademann, ZfF 1985, 241-246 (Aufsatz)

#### **Bücher**

Peter Mrozynski, Rehabilitationsrecht, 1979

#### **Sonstiges**

Weth, *Arbeitsrecht im Krankenhaus*

● Weth/Thomae/Reichold, A. Formen stationärer Versorgung

#### **Tenor**

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 12. Mai 1966 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

## Gründe

- 1 Die Beteiligten streiten darüber, ob die beklagte Betriebskrankenkasse (BKK) verpflichtet ist, dem klagenden Sozialhilfeträger die Kosten zu erstatten, die durch die Unterbringung der Ehefrau eines Mitglieds der Beklagten im Rheinischen Landeskrankenhaus S zur Durchführung einer Alkoholentziehungsbehandlung in Höhe von 770,- DM entstanden sind.
- 2 Am 2. Oktober 1962 beantragte das Ordnungsamt der Stadt D bei dem Amtsgericht (AG) Duisburg, die Ehefrau W G (G.) wegen Alkoholismus in einer geschlossenen Anstalt unterzubringen, weil nach einem Attest des behandelnden Nervenarztes Dr. E Frau G. seit Monaten übermäßig Alkohol getrunken und sowohl ihr Kind als auch ihren Haushalt vernachlässigt habe und eine ambulant durchgeführte Exhorran-Kur keine Wirkung gezeigt habe. Durch Beschluß vom 3. Oktober 1962 ordnete das AG Duisburg die einstweilige Unterbringung von Frau G. für die Dauer von sechs Wochen gemäß § 2 des Gesetzes über die Unterbringung geisteskranker, geisteschwacher und suchtkranker Personen des Landes Nordrhein-Westfalen vom 16. Oktober 1956 (GVBL S. 300 - UnterbringungsG NRW -) an. Der bei dem Landeskrankenhaus tätige Landesmedizinalrat Dr. L führte in dem für das AG am 25. Oktober 1962 erstatteten Gutachten aus, der Alkoholabusus habe bei Frau G. bereits zu einer deutlich faßbaren Leberschädigung geführt. Auch in psychischer Hinsicht sei sie noch in keiner Weise gefestigt und würde außerhalb der Anstalt alsbald wieder rückfällig werden. Im Interesse der Kranken, ihrer Familie und der öffentlichen Sicherheit und Ordnung könne auf eine längere Entziehungskur nicht verzichtet werden.
- 3 Aufgrund dieses Gutachtens ordnete das AG durch Beschluß vom 8. November 1962 die Fortdauer der Unterbringung an. Nach einer Beurlaubung am 19. Dezember 1962 kehrte Frau G. nicht mehr in das Landeskrankenhaus zurück. Dr. L und der Amtsarzt der Stadt D äußerten gegen die Einstellung des Unterbringungsverfahrens keine Bedenken, hielten jedoch eine weitere Behandlung durch den Nervenarzt Dr. E und eine Betreuung durch die Trinkerfürsorge für erforderlich.
- 4 Der klagende Landschaftsverband als Sozialhilfeträger trug die Krankenhauspflegekosten für Frau G. in Höhe von 770,- DM. Seine Aufforderung, ihm diese Kosten zu erstatten, lehnte die beklagte BKK ab, weil es sich um einen Suchtfall und nicht um eine Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung (RVO) gehandelt habe. Hierfür berief sie sich auf eine Äußerung des Obervertrauensarztes Dr. K, der zu der Beurteilung gelangt war, Frau G. leide weder an psychischen Störungen noch an behandlungsbedürftigen Körperschäden.
- 5 Das Sozialgericht (SG) hat die Klage auf Kostenerstattung abgewiesen. Dagegen hat das Landessozialgericht (LSG) die Beklagte verurteilt, an den Kläger 770,- DM zu zahlen. Zur Begründung hat das LSG ausgeführt, der Anspruch des Klägers sei aus den §§ 1531, 184, 205 RVO begründet. Frau G. habe ein Anspruch auf Krankenhauspflege gegen die Beklagte im Rahmen der Familienhilfe zugestanden. Zwar stelle die einfache Trunksucht für sich allein noch keine Krankheit im Sinne des 2. Buches der RVO dar, sie sei aber als Krankheit anzusehen, wenn sie so weit fortgeschritten sei, daß sie durch krankhafte Veränderungen innerer Organe und eine Schwächung des Nervensystems oder durch eine krankhafte Willensschwäche gegenüber der Neigung zum Alkoholgenuß, durch krankhafte Reizbarkeit und sonstigen Erscheinungen von Nervenschwäche gekennzeichnet sei.
- 6 Frau G. habe unter einer solchen Trunksucht erheblichen Grades gelitten, weil ihr Zustand bereits chronisch gewesen sei und zu einer deutlich faßbaren Leberschädigung geführt habe. Diese ergebe sich eindeutig aus den Gutachten der Ärzte des Landeskrankenhauses Süchteln vom 25. Oktober 1962 und 30. Juli 1963 die durch die nicht näher begründete Äußerung des Obervertrauensarztes vom 25. Oktober 1962 nicht hätte entkräftet werden können. Die Art der Erkrankung habe eine stationäre Behandlung erfordert, da sie in Anbetracht der Willensschwäche der Patientin und ihrer Haltlosigkeit gegenüber dem Alkohol nur auf diese Weise habe geheilt werden können. Die Notwendigkeit der stationären Heilbehandlung werde zudem durch die Er-

folglosigkeit der zuvor ambulant durchgeführten Exhorran-Kur bestätigt. Das LSG hat die Revision zugelassen.


- 7 Die Beklagte hat gegen dieses Urteil Revision eingelegt. Sie führt aus, das LSG habe verkannt, daß nicht die Trunksucht als solche, selbst wenn sie krankhafte Veränderungen im Gefolge habe, sondern ausschließlich die Folge- oder Begleiterkrankungen der Trunksucht einen Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse auslösen könnten. Dementsprechend hätten die Krankenkassen Kosten einer stationären Behandlung nur dann zu tragen, wenn die Folge- bzw. Begleiterkrankungen nicht ambulant behandelt werden könnten.
- 8 Bei Frau G. hätten derartige krankenhauspflegebedürftige Folge- oder Begleiterkrankungen nicht vorgelegen. Soweit die tatsächlichen Feststellungen des LSG dem entgegenstünden, beruhten sie auf einer mangelhaften Aufklärung des Sachverhalts. Bereits in dem Gutachten des Dr. Sch vom 30. Juli 1963 werde erklärt, die Aufnahme von Frau G. sei nach dem Unterbringungsgesetz NRW wegen zunehmender Leberschädigung und zur Durchführung einer Entziehungsbehandlung erfolgt. Bei Frau G. sei es im Gefolge der Trunksucht zu einer Leberschädigung gekommen, die nach den erhobenen Befunden wohl ärztlicher Behandlung bedurft habe, derentwegen allein jedoch eine stationäre Behandlung nicht notwendig gewesen sei. Sowohl aus dem Gutachten des Dr. L vom 25. Oktober 1962 als auch aus dem Attest des Dr. E gehe nichts Gegenteiliges hervor. Wenn das LSG demgegenüber von krankenhauspflegebedürftigen körperlichen Folge- oder Begleiterkrankungen ausgehen wollen, dann hätte es die entgegenstehende Begutachtung des Obervertrauensarztes nicht einfach übergehen dürfen, sondern weitere Ermittlungen anstellen müssen, wenn es nicht selbst die nötige Sachkunde besessen hätte; dies hätte aber dargelegt werden müssen. Aus den verwendeten Gutachten gehe hervor, daß keine krankenhauspflegebedürftigen Folge- oder Begleiterkrankungen vorgelegen hätten. Da das LSG zudem behandlungsbedürftige psychische Folge- oder Begleiterkrankungen ausdrücklich nicht zur Grundlage seiner Entscheidung gemacht habe, sei entweder der rechtliche Schluß auf das Vorliegen einer krankenhauspflegebedürftigen Krankheit der Frau G. im Sinne der RVO nicht gerechtfertigt oder aber der Sachverhalt fehlerhaft aufgeklärt.
- 9 Die Beklagte beantragt,
- 10 unter Abänderung des Urteils des LSG Nordrhein-Westfalen vom 12. Mai 1966 die Klage abzuweisen.
- 11 Der Kläger beantragt,
- 12 die Revision zurückzuweisen.
- 13 Die Revision ist nicht begründet. Denn die Beklagte hat nach § 1531 RVO dem Kläger die Kosten der Unterbringung zu erstatten, weil Frau G. an einer Krankheit gelitten hat, die eine Krankenhausbehandlung erforderlich machte.
- 14 Nach der feststehenden Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) – vgl. die Entscheidung des Senats vom 28. April 1967, BSG 26, 241, 242 mit weiteren Nachweisen – ist unter Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand zu verstehen, dessen Eintritt entweder allein die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder zugleich oder ausschließlich Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Es muß also ein objektiv faßbarer regelwidriger Zustand des Körpers oder des Geistes oder beider zugleich vorliegen, der von der Norm abweicht und der durch eine Heilbehandlung behoben, gelindert oder zumindest vor einer drohenden Verschlimmerung bewahrt werden kann (vgl. die Entscheidung vom 28. April 1967 aaO S. 243). Dies war bei Frau G. nach den insoweit nicht angegriffenen und damit nach § 163 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) für den Senat bindenden Feststellungen des LSG der Fall. Denn auch Trunksucht in der vorliegenden Form ist eine Krankheit. Dabei ist der Kern des Suchtbegriffes die langandauernde, zwanghafte Abhängigkeit von dem Suchtmittel; dies gilt

insbesondere auch für die Trunksucht (vgl. Zurukzoglu, Ist Trunksucht eine Krankheit?, Beihefte zur Alkoholfrage in der Schweiz, Heft 35, 1963, S. 21). So vertreten auch Schulte und Men- de, Direktor und Oberarzt der Universitäts-Nervenklinik Tübingen ("partner", Monatszeitschrift des Evangelischen Gesamtverbandes des zur Abwehr der Suchtgefahren, Nr. 5, Mai 1968, S. 4 f; auch zitiert bei Krasney, Trunksucht als Krankheit im Sinne der RVO, SozVers 1967, 214 ff) die Meinung, die Trunksucht, d. h. das süchtige Trinken als besondere Form des Alkoholismus, sei auch unabhängig von körperlichen oder psychischen Folgeerscheinungen oder chronischer Alko- holintoxikation wie jede andere Sucht ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand und bedür- fe der ärztlichen Behandlung. Die Regelwidrigkeit bestehe in der körperlichen wie auch psychi- schen Abhängigkeit vom Alkohol, welche es dem süchtigen Trinker in den meisten Fällen nicht mehr erlaube, mit eigener Willensanstrengung vom Alkohol loszukommen.

- 15 Schließlich hat der Fachausschuß für Alkohol und Alkoholismus der Weltgesundheitsorganisati- on in dem Bericht über eine Sitzung vom 27. September bis zum 2. Oktober 1954 (in Habernoll, Das Problem des Alkoholismus, Heft 3 der Schriftenreihe aus dem Gebiete des öffentlichen Ge- sundheitswesens, Stuttgart 1956, S. 48 ff, 49) sowohl das "Nichtaufhörenkönnen" als auch den "Verlust der Selbstkontrolle" als zwei verschiedene, aber gleichwertige Kriterien der Trunksucht bezeichnet.
- 16 Die hier vorliegende Alkoholsüchtigkeit schweren Grades braucht sich nicht als eine Geistes- krankheit im engeren Sinne darzustellen oder sich schon in "körperlichen Erscheinungsformen" zu äußern. Vielmehr ist der Verlust der Selbstkontrolle das Merkmal dieser körperlich-seelischen Komplexerkrankung. Dieser Zustand erfordert aber eine ärztliche Behandlung.
- 17 Wenn die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts (RVA) zur Trunksucht (GE 2140 vom 12. Oktober 1915, AN 1916, 341 f; Entscheidung vom 12. September 1936, DOK 1936, 1336; Entscheidung vom 27. April 1940, ArbVers 1941, 53 f; Entscheidung vom 21. Mai 1942, Breit- haupt 1942, 250 ff) diesem Ergebnis entgegensteht, kann ihr nicht mehr gefolgt werden. So- weit dieser Rechtsprechung zu entnehmen ist, daß die Trunksucht im Stadium des Verlustes der Selbstkontrolle und des Nichtaufhörenkönnens bei Fehlen weiterer körperlicher oder psychi- scher Begleit- oder Folgeerkrankungen keine Trunksucht in fortgeschrittenem Grade und des- halb keine Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung sei, muß diese Ansicht als durch die Fortschritte der medizinischen Erkenntnis überholt bezeichnet werden. Aber schon das RVA hätte bei einem entsprechenden Stande der medizinischen Wissenschaft in der da- maligen Zeit diesen Grundsätzen sich auch nicht verschlossen. Denn es hat bereits in der GE 2140 (aaO S. 342) ausdrücklich darauf abgestellt, daß Trunksucht dann eine pathologische, al- so krankhafte Erscheinung sei, wenn sie den körperlich und psychisch näher bezeichneten "fort- geschrittenen" Grad erreicht habe, und daß diese pathologische Erscheinung nicht mehr un- heilbar, sondern häufig einer Heilbehandlung zugänglich sei. Auch in der Entscheidung vom 27. April 1940 (aaO S. 54) hat es betont, mit den Ausführungen in der GE 2140 könnte nicht ge- meint sein, daß vorgeschrittene Trunksucht nur dann anzunehmen sei, wenn die im einzelnen aufgeführten regelwidrigen Erscheinungen in ihrer Gesamtheit vorlägen. Es genüge vielmehr, daß die Trunksucht einen erheblichen Grad erreicht habe; es bedeute eine Verkennung des Be- griffs "Krankheit", die Trunksucht schon dann nicht als Krankheit zu beurteilen, wenn sie noch nicht greifbare, gröbere Veränderungen innerer Organe herbeigeführt habe.
- 18 Im vorliegenden Fall war eine Krankenhausbehandlung für die bei Frau G. vorhandene Krankheit notwendig. Die bisherige ambulante Behandlung der schweren Form von Süchtigkeit hatte bei Frau G. keinen Erfolg gehabt. Auch eine bereits eingetretene Lebererkrankung hatte sie nicht veranlaßt, das hemmungslose Trinken aufzugeben. Unter diesen Umständen durfte die Beklag- te nicht die Krankenhauspflege versagen (vgl. BSG 9, 232; 13, 240). Die Leistungspflicht einer Krankenkasse wird ebenfalls nicht dadurch berührt, daß auch Gründe der öffentlichen Sicherheit und Ordnung für die Vornahme der notwendigen Heilbehandlung sprechen (vgl. ebenso Bösen, SozVers 1966, 333).
- 19 Die Revision der Beklagten muß daher zurückgewiesen werden.

20 Die Kostenentscheidung ergeht nach § 193 SGG.

© juris GmbH

<b>Gericht:</b>	BAG 5. Senat	<b>Quelle:</b>	
<b>Entscheidungsdatum:</b>	11.11.1987	<b>Normen:</b>	§ 616 Abs 1 S 1 BGB, § 63 Abs 1 S 1 HGB, § 133a S 1 GewO, § 1 Abs 1 S 1 LFZG, § 37 Abs 1 BAT, § 47 Abs 2 BAT, § 50 Abs 1 BAT, § 182 Abs 10 RVO, § 115 Abs 1 SGB 10, § 286 ZPO
<b>Aktenzeichen:</b>	5 AZR 497/86	<b>Zitiervorschlag:</b>	BAG, Urteil vom 11. November 1987 – 5 AZR 497/86 –, BAGE 56, 321-326
<b>Dokumenttyp:</b>	Urteil		

### Gehaltsfortzahlung bei Alkoholabhängigkeit - Rückfall

#### Leitsatz

Hat der an Alkoholabhängigkeit (Alkoholismus) erkrankte Arbeitnehmer sich einer stationären Entziehungskur unterzogen, ist er dabei über die Gefahren des Alkohols für sich aufgeklärt worden und ist es ihm anschließend gelungen, für längere Zeit (mehrere Monate) abstinenz zu bleiben, dann kann ein schuldhaftes Verhalten im Sinne des Entgeltfortzahlungsrechts vorliegen, wenn der Arbeitnehmer sich wiederum dem Alkohol zuwendet und dadurch erneut arbeitsunfähig krank wird (Fortsetzung von BAG Urteil vom 1.6.1983 5 AZR 536/80 = BAGE 43, 54 = AP Nr 52 zu § 1 LohnFG).

#### Fundstellen

BAGE 56, 321-326 (Leitsatz 1 und Gründe)  
 DB 1988, 402-403 (Leitsatz und Gründe)  
 BB 1988, 407-408 (Leitsatz und Gründe)  
 NZA 1988, 197-198 (Leitsatz und Gründe)  
 EzA § 1 LohnFG Nr 88 (Leitsatz 1 und Gründe)  
 MDR 1988, 345-345 (Leitsatz 1 und Gründe)  
 NJW 1988, 1546-1547 (Leitsatz 1 und Gründe)  
 EzBAT § 37 BAT Verschulden Nr 13 (Leitsatz 1 und Gründe)  
 USK 8797 (Leitsatz 1 und Gründe)  
 AP Nr 75 zu § 616 BGB (Leitsatz 1 und Gründe)  
 AR-Blattei Krankheit IIIA Entsch 138 (Leitsatz 1 und Gründe)  
 BetrR 1988, Nr 3, 15-17 (Leitsatz 1 und Gründe)  
 AR-Blattei ES 1000.3.1 Nr 138 (Leitsatz 1 und Gründe)

#### weitere Fundstellen

WzS 1988, 251 (Kurz wiedergabe)  
 SVFAng Nr 49, 25 (1988) (Kurz wiedergabe)  
 SKrV 1988, Nr 4, 11 (Kurz wiedergabe)  
 DOK 1988, 540 (Kurz wiedergabe)  
 Die Leistungen 1989, 75-78 (Kurz wiedergabe)  
 ErsK 1989, 460-462 (Kurz wiedergabe)

#### Verfahrensgang

vorgehend Landesarbeitsgericht Schleswig-Holstein 6. Kammer, 20. August 1986, Az: 6 (3) Sa 680/85  
 vorgehend ArbG Kiel, 30. Oktober 1985, Az: 4a Ca 161/85

#### Diese Entscheidung wird zitiert

## Rechtsprechung

Festhaltung BAG 5. Senat, 27. Mai 1992, Az: 5 AZR 297/91

Abweichung Hessisches Landesarbeitsgericht 1. Kammer, 6. Februar 1991, Az: 1 Sa 1185/89

## Literaturnachweise

Gisbert Schadek, AmtlMittLVA Rheinpr 1988, 291-296 (Entscheidungsbesprechung)

Franz Tomasi, Nbl LVA Ba 1988, 105-109 (Aufsatz)

## Kommentare

*Henssler/Willemsen/Kalb, Arbeitsrecht Kommentar*

● Schliemann, § 3 EFzG Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall; II. Entgeltfortzahlung wegen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit (Abs. 1). ; 5. Unverschulden des Arbeitnehmers.

*jurisPK-BGB*

● Legleitner, 7. Auflage 2014, § 616 BGB

● Legleitner, 7. Auflage 2014, § 617 BGB

## Sonstiges

*Kallmeyer u.a., GmbH-Handbuch*

● Moll/Reufels, 3. Abschnitt Entgeltzahlungspflicht und Nebenpflichten des Arbeitgebers; B. Entgeltzahlung ohne Arbeits...; I. Entgeltfortzahlung im Krank...; 4.

*Mues/Eisenbeis/Laber, Handbuch Kündigungsrecht*

● Laber, Teil 3 Personenbedingte Kündigung; B. Einzelne Kündigungsgründe in der Person des Arbeitnehmers ; III. Krankheit ; 3. Sonderfälle der Erkrankung

*Weber/Ehrich/Burmester/Fröhlich, Handbuch der arbeitsrechtlichen Aufhebungsverträge*

● Ehrich, Teil 1 Die arbeitsrechtlichen Grundlagen der Beendigung von Anstellungsverhältnissen; IV. Allgemeine Grundsätze...; 8. Der allgemeine Kündig...; b) Sozialwidrigkeit der ...; aa) Personenbedingte

## Diese Entscheidung zitiert

### Rechtsprechung

Fortführung BAG 5. Senat, 1. Juni 1983, Az: 5 AZR 536/80

### Tatbestand

- 1 Die Parteien streiten darüber, ob die Beklagte der Klägerin aus übergegangenem Recht (§ 182 Abs. 10 RVO in Verbindung mit § 115 Abs. 1 SGB X) Gehaltsfortzahlung (Urlaubsvergütung für Sonderurlaub gemäß § 50 Abs. 1, § 47 Abs. 2 BAT) schuldet.
- 2 Bei der Beklagten ist seit dem 12. Mai 1960 R K (im folgenden kurz: der Versicherte) als Arbeitnehmer beschäftigt. Anfangs war dieser als Elektriker, in den letzten Jahren als Einziehungsbeauftragter tätig. Auf das Arbeitsverhältnis ist der Bundes-Angestelltentarifvertrag (BAT) anzuwenden. Der Versicherte hielt sich in der Zeit vom 23. Juni bis zum 22. Dezember 1983 in einer Fachklinik in Bremen zur Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung wegen Alkoholabhängigkeit auf. Da die Beklagte ihm die Gehaltsfortzahlung verweigerte, gewährte ihm die Klägerin ab 23. Juni 1983 für die Dauer von sechs Wochen ein Übergangsgeld in Höhe von 2.344,48 DM. Wegen dieses Betrages nimmt die Klägerin die Beklagte in Anspruch.
- 3 Der Versicherte war vom 21. September bis zum 15. November 1982 bereits einmal wegen einer seit etwa 1981 bestehenden Alkoholabhängigkeit arbeitsunfähig krank. In der Zeit vom 7. bis zum 27. Oktober 1982 unterzog er sich deswegen einer Entziehungs- und Entgiftungsbehandlung in der Landesklinik Kiel-E. Nachdem es ihm gelungen war, fünf Monate lang danach abstinenz zu bleiben, wandte sich der Versicherte im März 1983 wieder dem Alkoholkonsum zu. Dieser Rückfall war Anlaß für die Durchführung der Entwöhnungsbehandlung in B.
- 4 Die Klägerin hat vorgetragen, den Versicherten treffe kein Verschulden an seiner Erkrankung. Als Mitglied eines Spielmannszuges und eines Sportvereins sowie später auch der freiwilligen Feuerwehr habe der Versicherte in steigendem Maße Alkohol genossen. Später seien Eheprobleme und Konflikte mit einem Sohn hinzugekommen. Auch im Beruf habe er Schwierigkeiten gehabt. Zunächst sei er bei der Beklagten als Elektriker tätig gewesen, später sei er als Eintreibungsbeauftragter eingesetzt worden mit der Aufgabe, überfällige Stromrechnungen bei den Abnehmern einzuziehen. Diese Tätigkeit habe für ihn viele Konflikte mit sich gebracht. Alle diese Umstände hätten den Versicherten dazu veranlaßt, zum Alkohol zu greifen. Auch nach der ersten Entziehungskur hätten seine früheren Probleme weiterbestanden. Für den Rückfall im Jahre 1983 sei von Bedeutung gewesen, daß der Versicherte geglaubt habe, er könne den mit



der Entziehungskur verbundenen Erwartungen nicht gerecht werden; daneben habe er befürchtet, wegen seiner Alkoholabhängigkeit den Arbeitsplatz zu verlieren.

- 5 Demgemäß hat die Klägerin beantragt,
- 6 die Beklagte zu verurteilen, an sie 2.344,38 DM nebst 4 % Zinsen seit dem 1. Februar 1985 zu zahlen.
- 7 Die Beklagte hat beantragt, die Klage abzuweisen. Sie hat geltend gemacht, der Versicherte habe den Klinikaufenthalt in Bremen durch Alkoholmißbrauch selbst verschuldet. Es entspreche durchschnittlichem Verhalten, wenn sich ein junger Mann einer Gemeinschaft, etwa einem Sportverein oder der freiwilligen Feuerwehr, anschließe und sich in einer solchen Gemeinschaft behaupten müsse. Die angeblichen sonstigen Probleme des Versicherten seien nicht hinreichend dargelegt. Vor allem habe der Versicherte nach seiner ersten Entziehungskur genau gewußt, daß er keinen Alkohol mehr zu sich nehmen dürfe. Wenn er sich trotzdem wieder dem Trinken zugewandt habe, liege darin ein grobes Verschulden, so daß sie, die Beklagte, berechtigt sei, die Gehaltsfortzahlung zu verweigern.
- 8 Die Klägerin hat dem Versicherten den Streit verkündet und ihn aufgefordert, dem Verfahren auf ihrer Seite beizutreten. Der Versicherte hat die Streitverkündung jedoch unbeachtet gelassen. Er hat es gegenüber der Klägerin weiter abgelehnt, die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden. Er hat dies damit begründet, seine Vergangenheit solle nicht immer wieder neu aufgerollt werden, vielmehr wolle er diese vergessen und seine Ruhe haben.
- 9 Das Arbeitsgericht hat die Klage abgewiesen. Auf die Berufung der Klägerin hat das Landesarbeitsgericht die Beklagte antragsgemäß zur Zahlung verurteilt. Dagegen richtet sich die Revision, mit der die Beklagte die Wiederherstellung des erstinstanzlichen Urteils erstrebt.

### **Entscheidungsgründe**


- 10 Die Revision ist begründet. Dem Versicherten stand für die Zeit vom 23. Juni bis zum 3. August 1983 kein Anspruch auf Vergütungszahlung gegen die Beklagte zu. Ein solcher Anspruch konnte daher auch nicht gemäß § 182 Abs. 10 RVO (gültig bis zum 30. Juni 1983) und § 115 Abs. 1 SGB X auf die Klägerin übergehen.
- 11 I.1. Zutreffend hat das Landesarbeitsgericht angenommen, der Anspruch des Angestellten auf Zahlung der Urlaubsvergütung (§ 47 Abs. 2 BAT) bei Sonderurlaub zur Durchführung einer Entziehungskur (§ 50 Abs. 1 BAT) sei an der Grundsatzbestimmung des § 37 Abs. 1 BAT zu messen, wonach der Angestellte im Falle einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit Krankenbezüge verlangen kann, es sei denn, er habe sich die Krankheit vorsätzlich oder grob fahrlässig zugezogen. Ein Angestellter, der sich im Sonderurlaub einer Entwöhnungskur wegen Alkoholabhängigkeit unterzieht, kann nicht verlangen, während dieser Zeit bessergestellt zu werden als ein Angestellter, der wegen der gleichen Ursache ohne Kurbehandlung arbeitsunfähig krank ist.
- 12 Grob fahrlässig im Sinne des § 37 Abs. 1 BAT handelt - wie in den Fällen der vom Gesetz angeordneten Entgeltfortzahlung des § 616 Abs. 1 Satz 1 BGB, § 63 Abs. 1 Satz 1 HGB, § 133 c Satz 1 GewO oder des § 1 Abs. 1 Satz 1 LohnFG - der Arbeitnehmer, der in erheblichem Maße gegen die von einem verständigen Menschen im eigenen Interesse zu erwartende Verhaltensweise verstößt (vgl. nur BAGE 43, 54, 58 = AP Nr. 52 zu § 1 LohnFG, zu I 3 a der Gründe; Böhm/Spiertz/Sponer/Steinherr, BAT, § 37 Rz 30). Insoweit stimmt der Verschuldensgrad des § 37 Abs. 1 BAT trotz des abweichenden Wortlauts mit dem der gesetzlichen Regelungen überein (ebenso Arndt/Baumgärtel/Fieberg, Recht der Arbeiter und Angestellten im öffentlichen Dienst, § 37 Rz 27, in: Fürst, Gesamtkommentar öffentliches Dienstrecht, Bd. IV).
- 13 2. Das Landesarbeitsgericht ist zu dem Ergebnis gelangt, es sei unklar geblieben, ob der Versicherte den Grund, der zu seiner Einweisung in die Rehabilitationsklinik in B geführt hat, vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt habe. Dies gehe zu Lasten der Beklagten, die das Verschulden beweisen müsse. Hieran ändere sich auch für die Fälle nichts, in denen - wie im Streitfall - der Arbeitnehmer, der an einer Entziehungskur teilgenommen habe, es aus verständlichen

Gründen ablehne, sich der Begutachtung durch einen Sachverständigen zu unterziehen und den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden. Dieses Ergebnis wird von der Revision zu Recht angegriffen.

- 14 II.1. Alkoholabhängigkeit ist eine Krankheit im medizinischen und damit auch im entgeltfortzahlungsrechtlichen Sinne. Sie ist rechtlich wie jede andere Krankheit zu behandeln. Gegen den vom Gesetz begründeten Anspruch des an Alkoholabhängigkeit arbeitsunfähig erkrankten Arbeitnehmers auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts kann der Arbeitgeber sich mit der Verteidigung wehren, der Arbeitnehmer habe sich die Krankheit schuldhaft zugezogen. Schuldhaft handelt der Arbeitnehmer, der gröblich gegen die von einem verständigen Menschen im eigenen Interesse zu erwartende Verhaltensweise verstößt (s. oben zu I 1). Bei einem solchen "Verschulden gegen sich selbst" wäre es unbillig, den Arbeitgeber mit der Zahlungspflicht zu belasten, weil der Arbeitnehmer zumutbare Sorgfalt gegen sich selbst nicht beachtet und dadurch die Arbeitsunfähigkeit verursacht hat. Das Verschulden des Arbeitnehmers als anspruchshindernden Umstand muß jedoch der Arbeitgeber beweisen. Für den Fall einer krankhaften Alkoholabhängigkeit des Arbeitnehmers gilt nichts anderes. Allerdings ist der Arbeitnehmer zur Mithilfe bei der Aufklärung aller Umstände verpflichtet, die zu seiner Alkoholabhängigkeit geführt haben. Dabei muß er auch den ihn behandelnden Arzt oder einen vom Gericht bestellten Gutachter von der Schweigepflicht entbinden. Das alles hat der Senat mit eingehender Begründung in seiner Entscheidung vom 1. Juni 1983 ausgeführt (BAGE 43, 54 = AP Nr. 52 zu § 1 LohnFG, m.w.N.). Hieran wird festgehalten.
- 15 2. Der Senat hat bereits in der genannten Entscheidung unter Hinweis auf zwei Urteile des Bundesverwaltungsgerichts vom 9. Januar 1980 (DÖV 1980, 380, 381, 382) als möglich angesehen, das Verschulden eines Arbeitnehmers, der sich bereits einer intensiven stationären Entwöhnungsbehandlung unterzogen habe, könne anders zu beurteilen sein als das Verschulden eines Arbeitnehmers vor Eintritt der Alkoholabhängigkeit (vgl. aaO, S. 60, 61 = AP Nr. 52 aaO, zu I 3 c der Gründe). Das bedeutet jedoch nicht, daß sich in derartigen Fällen die Darlegungs- und Beweislast umkehrte. Auch bei einem durch Rückfall in den Alkoholmißbrauch arbeitsunfähig erkrankten Arbeitnehmer trägt der Arbeitgeber die Darlegungs- und Beweislast für ein Verschulden des Arbeitnehmers an der Krankheit. In diesem Falle geht es aber nicht mehr allein darum, ob der Arbeitnehmer die Entstehung seiner Alkoholabhängigkeit verschuldet hat oder nicht, sondern nunmehr vor allem darum, ob er sich ein Verschulden an der wiederholten Erkrankung entgegenhalten lassen muß.
- 16 Der Arbeitnehmer, der eine Entziehungskur durchgemacht hat, kennt die Gefahren des Alkohols für sich sehr genau. Er ist bei der Behandlung eingehend darauf hingewiesen und weiter dringend ermahnt worden, in Zukunft jeden Alkoholgenuß zu vermeiden. Wird der Arbeitnehmer nach erfolgreicher Beendigung einer Entwöhnungskur und weiter nach einer längeren Zeit der Abstinenz dennoch wieder rückfällig, so spricht die Lebenserfahrung dafür, daß er die ihm erteilten dringenden Ratschläge mißachtet und sich wieder dem Alkohol zugewandt hat. Dieses Verhalten wird im allgemeinen den Vorwurf eines "Verschuldens gegen sich selbst" begründen: der Arbeitnehmer verstößt gröblich gegen die von einem verständigen Menschen im eigenen Interesse zu erwartende Verhaltensweise und handelt damit schuldhaft im Sinne des Entgeltfortzahlungsrechts.
- 17 Es ist dann Sache des Arbeitnehmers, die Beweisführung des Arbeitgebers zu widerlegen und zunächst im einzelnen darzulegen, aus welchen Gründen sein Verhalten als nicht schuldhaft anzusehen sei.
- 18 III. Unter Beachtung dieser Grundsätze ergibt sich für den Streitfall, daß der Versicherte sich vorwerfen lassen muß, schuldhaft gehandelt zu haben. Er hatte bereits eine Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung durchlaufen. Er kannte die Gefahren des Alkohols für sich und seine Gesundheit. Es war ihm gelungen, fünf Monate lang vom Alkoholgenuß abzustehen. Wenn er nunmehr bei Einsichtsfähigkeit und bewiesener längerer Abstinenz wieder rückfällig wurde, spricht dies für ein schuldhaftes Verhalten seinerseits. In dieser Richtung hat sich auch der vom Arbeitsgericht zugezogene Sachverständige geäußert, wenngleich er nur allgemeine Erwägungen anstellen konnte, da der Versicherte sich geweigert hatte, an der näheren Klärung der Verschuldensfrage mitzuwirken.
- 19 Damit ist nicht die Beklagte beweisfällig geblieben, vielmehr hätte die Klägerin nunmehr Tatsachen vortragen müssen, die ein Verschulden des Versicherten ausräumen. Das ist nicht ge-

20 Dr. Thomas Dr. Gehring Griebeling  
Scherer Dr. Kalb

- Seite 5 von 5 -

<b>Gericht/Institution:</b>	BAG	<b>Quelle:</b>	
<b>Erscheinungsdatum:</b>	18.03.2015	<b>Normen:</b>	§ 115 SGB 10, § 3 EntgFG
<b>Entscheidungsdatum:</b>	18.03.2015		
<b>Aktenzeichen:</b>	10 AZR 99/14		

### Entgeltfortzahlung grundsätzlich auch bei alkoholbedingter Arbeitsunfähigkeit

Das BAG hat entschieden, dass ein langjähriger alkoholabhängiger Arbeitnehmer seinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung auch im Fall eines Rückfalls nach einer Therapie regelmäßig nicht verliert, da es sich bei Alkoholabhängigkeit um eine Krankheit handelt, die nicht vom Arbeitnehmer verschuldet ist.

Die Klägerin ist eine gesetzliche Krankenkasse. Der alkoholabhängige Herr L., der Mitglied der klagenden Krankenkasse ist, war seit dem Jahr 2007 bis zum 30.12.2011 Arbeitnehmer der beklagten Arbeitgeberin. Herr L. wurde am 23.11.2011 mit einer Alkoholvergiftung (4,9 Promille) in ein Krankenhaus eingeliefert und war in der Folge für über zehn Monate arbeitsunfähig erkrankt. Zuvor hatte er zwei stationäre Entzugstherapien durchgeführt. Es kam jedoch immer wieder zu Rückfällen. Die Klägerin leistete an Herrn L. für die Zeit vom 29.11. bis zum 30.12.2011 Krankengeld i.H.v. 1.303,36 Euro. Die Klägerin macht in dieser Höhe Ansprüche auf Entgeltfortzahlung aus übergegangenem Recht (§ 115 SGB X) gegenüber der Beklagten geltend. Sie meint, ein Entgeltfortzahlungsanspruch gegen die Beklagte habe bestanden, da es an einem Verschulden des Herrn L. für seinen Alkoholkonsum am 23.11.2011 fehle. Die Beklagte ist der Ansicht, ein Verschulden sei bei einem Rückfall nach mehrfachem stationärem Entzug und diesbezüglich erfolgter Aufklärung zu bejahen. Arbeitsgericht und Landesarbeitsgericht haben der Klage stattgegeben.

Die Revision der Beklagten hatte vor dem BAG keinen Erfolg.

Eine Arbeitsunfähigkeit ist nur dann verschuldet i.S.v. § 3 Abs. 1 Satz 1 EFZG, wenn ein Arbeitnehmer in erheblichem Maße gegen das von einem verständigen Menschen in seinem eigenen Interesse zu erwartende Verhalten verstößt. Nur dann verliert er seinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Bei einem alkoholabhängigen Arbeitnehmer fehlt es nach Auffassung des BAG suchtbedingt auch im Fall eines Rückfalls nach einer Therapie regelmäßig an einem solchen Verschulden.

Bei einer Alkoholabhängigkeit handele es sich um eine Krankheit. Wird ein Arbeitnehmer infolge seiner Alkoholabhängigkeit arbeitsunfähig krank, könne nach dem derzeitigen Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht von einem Verschulden im Sinne des Entgeltfortzahlungsrechts ausgegangen werden. Die Entstehung der Alkoholsucht sei vielmehr multikausal, wobei sich die unterschiedlichen Ursachen wechselseitig bedingen. Dies gelte im Grundsatz auch bei einem Rückfall nach einer durchgeführten Therapie. Im Hinblick auf eine Abstinenzrate von 40 bis 50% je nach Studie und Art der Behandlung könne nach einer durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme jedoch ein Verschulden des Arbeitnehmers an einem Rückfall nicht generell ausgeschlossen werden. Der Arbeitgeber könne deshalb in diesem Fall das fehlende Verschulden bestreiten. Das Arbeitsgericht habe dann ein medizinisches Sachverständigengutachten zu der Frage einzuholen, ob der Arbeitnehmer den Rückfall schuldhaft i.S.d. § 3 Abs. 1 EFZG herbeigeführt hat. Lasse sich dies nicht eindeutig feststellen, weil ein Ursachenbündel hierfür vorliegt, gehe dies zulasten des Arbeitgebers. Das im konkreten Fall eingeholte sozialmedizinische Gutachten habe ein Verschulden des Arbeitnehmers unter Hinweis auf die langjährige und chronische Alkoholabhängigkeit und den daraus folgenden "Suchtdruck" ausgeschlossen.

**Vorinstanz**

LArbG Köln, Urt. v. 16.01.2014 - 13 Sa 516/13

© juris GmbH



## Suchtmittel im Betrieb - Intervention und Prävention



# Suchtmittel im Betrieb - Intervention und Prävention



**BGHW**

Berufsgenossenschaft  
Handel und  
Warendistribution



# Inhalt

Einleitung.....	5
Zahlen, Daten, Fakten.....	5
Wirtschaftliche Folgen für den Betrieb.....	7
Sucht ist eine Krankheit .....	7
Unfallgefahren durch Suchtmittel .....	10
Sucht erkennen .....	12
Fehler im Umgang mit Alkoholkranken.....	13
Das 5-Stufen-Modell als Ausweg .....	15
Stellen, die Hilfe bieten können.....	17
Präventionsmöglichkeiten im Betrieb.....	17
Rechtliche Grundlagen .....	19
Betriebsvereinbarungen über Suchtmittelkonsum .....	19
Test zur Selbsteinschätzung .....	21
Quellen.....	22
Adressen .....	23

## Einleitung

### Ein Gläschen in Ehren...

Diesen volkstümlichen Spruch kennt wohl jeder. Dagegen ist auch nichts einzuwenden, solange sich der Konsum von Alkohol in Grenzen hält.

Auf Grund des häufig anzutreffenden Missbrauchs zählt Alkohol, wie auch viele Arten von Medikamenten und Nikotin, zu den legalen Suchtmitteln.

Diese legalen Suchtmittel sind ein fester Bestandteil unserer Gesellschaft. Alkohol kommt besonders beim Essen, zum Entspannen, beim Feiern, beim gemütlichen Zusammensein aber auch bei der Bekämpfung von Frust und Alltagsängsten zum Einsatz.

Aber auch Medikamente können Suchtmittel sein. Oftmals ermöglicht die Hektik und die Schnelllebigkeit, aber auch der hohe Leistungs- und Erwartungsdruck unserer heutigen Gesellschaft, keine ausreichenden Erholungsphasen mehr. Die daraus resultierende dauerhafte Müdigkeit oder Schlaflosigkeit sowie der allgemeine Frust bereiten Probleme den Alltag zu bewältigen.

Schnelle, einfache und kostengünstige Mittel sind zum Beispiel Schlaf-, Aufputsch- oder Schmerzmittel, die eine sofortige aber nur kurzzeitige Wirkung erzielen. Sie sind in der Apotheke für wenig Geld erhältlich.



## Zahlen, Daten, Fakten

Bei der „Volks-Droge“ Nummer 1 - dem **Alkohol** - ist der Verbrauch in Deutschland ab 1950 drastisch angestiegen, erreichte 1976 seinen Höhepunkt und fällt seit 1992 stetig ab. Die konsumierte Pro-Kopf-Menge beträgt ca. 9,5 Liter reinen Alkohol! Rechnet man den Konsum auf den Bevölkerungsteil der 15- bis 70-jährigen um, so erhält man einen Pro-Kopf-Verbrauch von

**ca. 13 Liter/Kopf und Jahr REINEM ALKOHOL!**

Betrachten wir den **Alkoholkonsum (Jahr 2005)** im europäischen Vergleich (Pro-Kopf-Konsum von 15-Jährigen und älter):

Land	Alkoholkonsum
Tschech. Rep.	16,5
Ungarn	16,3
Portugal	14,6
Irland	14,4
Frankreich	13,7
Dänemark	13,4
England/Nordirland	13,4
Polen	13,3
Slowak. Rep.	13,3
Österreich	13,2
Luxemburg	13,0
<b>Deutschland</b>	12,8
Finnland	12,5
Spanien	11,6
Schweiz	10,9
Belgien	10,8
Griechenland	10,8
Italien	10,7
Schweden	10,3
Niederlande	10,1
Norwegen	7,8

(Quelle: WHO, 2011)

Aus repräsentativen Studien geht hervor, dass etwa 1,6 Millionen Menschen in Deutschland alkoholabhängig sind. Umgerechnet auf die arbeitende Bevölkerung ist das ein Anteil von ca. 5%. Man geht jedoch in inoffiziellen Studien davon aus, dass die Zahl der alkoholabhängigen in Betrieben deutlich höher liegt, nämlich bei ca. 12%. Weiterhin haben ca. 15% der Beschäftigten einen riskanten bis missbräuchlichen Alkoholkonsum. Sie stehen sozusagen an der Schwelle zur Abhängigkeit.

Der Konsum von **Medikamenten** erreicht ähnliche Werte. Studien gehen davon aus, dass ca. 1,4 Millionen Menschen abhängig von Medikamenten sind. Das entspricht einem Anteil von etwa 4% bei den Beschäftigten.

Die Abhängigkeit von **Nikotin** hat einen Anteil von 14 Millionen Menschen in Deutschland. Die Auswirkungen von Nikotin sind jedoch erst nach vielen Jahren zu spüren - dann aber fast immer tödlich.

Der Anteil an Abhängigen durch **illegale Drogen** (Haschisch, Heroin, LSD, usw.) in unserer Gesellschaft beträgt ca. 0,29 Millionen Menschen. Hier kann von einer sofortigen Abhängigkeit nach dem ersten Konsum ausgegangen werden.

Alkoholprobleme lassen sich in der Praxis leichter feststellen, als der Konsum anderer Suchtmittel. Jeder kennt die äußeren Anzeichen. Bei Medikamentenmissbrauch hingegen sind die Symptome sehr schwer zu erkennen. Eindeutige Merkmale, wie eine Alkoholfahne gibt es nicht. Wir wollen uns deshalb in diesem Merkblatt auf Alkoholsucht konzentrieren. Die hier beschriebenen Maßnahmen können jedoch bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch gleichermaßen angewendet werden. Auf illegale Suchtmittel (harte Drogen) wollen wir hier nicht eingehen. Sind diese im Spiel, sollten Fachleute in Anspruch genommen werden. Der Ablauf der Interventionsmaßnahmen bleibt allerdings der gleiche.

## Wirtschaftliche Folgen für den Betrieb

Zuerst sollte hier die schlechte Arbeitsqualität und -quantität genannt werden. Der betroffene Mitarbeiter wird langsamer und unkonzentrierter, die Fehler häufen sich. Statistisch wurde errechnet, dass ein Mitarbeiter mit Alkoholproblemen 25% weniger Arbeitsleistung erbringt.



Das Unfallrisiko am Arbeitsplatz oder im Straßenverkehr steigt enorm. Studien haben ermittelt, dass ca. 25 - 30% der Arbeitsunfälle (mit Wegeunfällen) aufgrund von Alkoholeinfluss verursacht werden.

Betroffene Mitarbeiter bleiben signifikant häufiger entschuldigt und unentschuldigt vom Arbeitsplatz fern als gesunde Mitarbeiter.

- 16 mal häufigeres Fernbleiben vom Arbeitsplatz
- 2,5 mal häufiger krank
- 1,4 mal längeres Fehlen nach Unfällen

Eine Untersuchung des werksärztlichen Dienstes hat ergeben, dass 100 Alkoholgefährdete bzw. abhängige Mitarbeiter in 5 Jahren über 1,5 Millionen Euro Kosten verursachen.

(Quelle: Igg-bayern, ZIS, "Alkohol im Betrieb geht jeden an")

## Sucht ist eine Krankheit

PARACELSUS sagte:

**"Alle Dinge sind Gift und nichts ist ohne Gift, allein die Dosis macht, dass ein Ding kein Gift ist".**

Dieser Spruch trifft auch heute noch auf Suchtprobleme zu. Der Übergang zwischen Genuss und Sucht ist fließend. Der Betroffene merkt erst, nachdem es zu spät ist, dass er in einen Bereich gekommen ist, in dem er Zwängen unterliegt, von denen er sich nicht ohne fremde Hilfe befreien kann.

Als **SUCHT** (Abhängigkeit oder auch Missbrauch) bezeichnet man, nach einer längeren oder kürzeren Eingewöhnungsphase, das unabweisbare Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Sucht führt zu einer körperlichen und/oder psychischen Abhängigkeit.

Körperliche Abhängigkeit besteht darin, dass die Substanzen in den Stoffwechsel des Körpers eingebaut wurden. Sie macht sich durch „Mangelercheinungen“ wie z.B. Erbrechen, Zittern, Kontrollverlust usw. bemerkbar.

Psychische Abhängigkeit ist der Zwang, den Konsum fortzusetzen. Dieser Zwang ist nicht mehr willentlich steuerbar.

Sucht beeinträchtigt die freie Entfaltung einer Persönlichkeit und zerstört die sozialen Chancen eines Menschen.

**GENUSS** hingegen ist ein ganz und gar persönliches Gefühl, dass sich aus dem Alltagserleben deutlich und positiv abhebt. Dieses Gefühl ist umso stärker, je seltener der Auslöser erlebt wird. Häufiger Genuss führt zur Gewöhnung und verliert seine Besonderheit. Sind in Genussmitteln auch Suchtmittel enthalten, besteht grundsätzlich die Gefahr einer Abhängigkeit, die auf Grund der Gewöhnung mit fortschreitender Steigerung der Dosis einhergeht.

### Toxischer Grenzwert

Der toxische Grenzwert beträgt aus medizinischer Sicht für einen „wenig gesundheitsrisikanten Alkoholkonsum“ bei

Frauen	<b>maximal</b>	20 g/Tag und
Männern	<b>maximal</b>	40 g/Tag
reinen Alkohol.		

Als toxischer Grenzwert bezeichnet man den Wert, ab dem anatomische und bleibende Schäden auftreten können.

Typische anatomische Schäden bei Alkoholmissbrauch sind:

- Leberschäden (Zirrhose)
- Schwere Schädigungen von Herz, Magen, Darm
- Schädigung der Bauchspeicheldrüse
- Nervenentzündungen
- Schleichender Gehirnschwund
- Delirium tremens (Endstadium des Gehirnschwunds)
- Tod

Wichtig! Der toxische Grenzwert trifft keine Aussage darüber, wo der Übergang in den Bereich der Abhängigkeit ist!

Neuere Studien haben gezeigt, dass immer die unterschiedliche biologische Veranlagung der Menschen betrachtet werden muss. Bereits bei deutlich geringeren Mengen kann eine Abhängigkeit eintreten. Auch der Verbrauch/Tag ist kritisch zu betrachten. Bei einem regelmäßigen Konsum treten sehr schnell Abhängigkeitssymptome (Nachlassen der Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit) auf.

Bei dem weniger beachteten aber nicht minder gefährlichen **Medikamentenmissbrauch** steigt der Konsum ebenfalls kontinuierlich an. Leider gibt es für diesen Bereich nur wenige fundierte Forschungsergebnisse. Das Bewusstsein, dass auch Medikamente zur Abhängigkeit führen können, ist erst in den letzten Jahren immer mehr in den Vordergrund gerückt. Die physischen Symptome sind teilweise die gleichen wie beim Alkohol. Es kommen aber je nach Medikament weitere körperliche Schädigungen, wie Nierenschäden, hinzu.

### Alkoholgehalt beliebter Getränke

Bier	1/ 2 Liter ca. 25g Alkohol	Der Genuss von 1 Liter Bier pro Tag überschreitet die kritische Grenze von maximal 40 g/Tag deutlich!
Weißwein	1/4 Liter ca. 20g Alkohol	Die kritische Grenze von 20 g/Tag für Frauen ist erreicht!
Sekt	1/4 Liter ca. 25g Alkohol	
Likör	2 cl. ca. 5 g Alkohol	
Obstler	2 cl. ca. 7,5 g Alkohol	

### Faustformel für die Berechnung der Alkoholkonzentration im Blut:

$$\text{Promille Alkohol im Blut} = \frac{\text{Alkohol in Gramm}}{\text{Körpergewicht in kg} \times 0,7 \text{ (Männer; 0,6 bei Frauen)}}$$

Ein Beispiel:

$$\begin{aligned} \text{Promille Alkohol im Blut} &= \frac{50 \text{ g Alkohol (entspricht einem Liter Bier)}}{90 \text{ kg Körpergewicht} \times 0,7 \text{ (für Männer)}} \\ &= \mathbf{0,79 \text{ ‰ (Promille)}} \end{aligned}$$

Ab 0,5 Promille am Steuer drohen 4 Punkte in Flensburg, eine Geldstrafe von 500 bis 1500 Euro und ein Fahrverbot von einem bzw. drei Monaten.

Diese Werte sind nach einer Faustformel berechnet. Das bedeutet, die Werte können natürlich deutlich höher oder aber auch geringer sein.



## Alkoholabbau

Der Alkohol muss vom Körper über die Leber abgebaut werden. Dafür benötigt er Zeit. Auch hier kann man eine Faustformel anwenden. Dem Körper ist es möglich ca. 0,1‰/Stunde abzubauen. Die Voraussetzung dafür ist ein gesunder Kreislauf, gesunde Organe und ein intakter Stoffwechsel. Bei Vorschädigungen, z.B. bei Leberschäden dauert der Abbau deutlich länger!

Das bedeutet, dass unser oben ausgerechneter Wert von 0,79‰ erst nach ca. 8 Stunden vollständig abgebaut ist. Das trifft auch für Personen zu, die „gut im Training“ stehen. Die weit verbreitete Meinung, starker Kaffee, tiefer Schlaf oder Sport würden den Abbau beschleunigen, ist falsch. Es gibt keine Möglichkeit, die Zeit zu verkürzen.

## Unfallgefahren durch Suchtmittel

Durch den Einfluss von Suchtmittel verschlechtert sich die Konzentration, die Reaktionszeit, die Motorik und die Koordinationsfähigkeit des Körpers erheblich. Dazu kommt zusätzlich eine steigende Selbstüberschätzung und Risikobereitschaft. Insbesondere am Arbeitsplatz und im Straßenverkehr entsteht ein erhöhtes Unfallrisiko durch Beeinträchtigung infolge Suchtmittelkonsums.

Beispiele für körperliche Auswirkungen bestimmter Blutalkoholkonzentrationen in Promille (‰):

etwa 0,2 ‰:

- Verlängerung der Reaktionszeit auf optische und akustische Reize
- leichte Verminderung der Sehleistung
- Anstieg der Risikobereitschaft
- Verminderung der manuellen Geschicklichkeit, z. B. in Form von Schriftveränderungen
- Nachlassen der Aufmerksamkeit, der Konzentrations-, Kritik-, und Urteilsfähigkeit

etwa 0,5 ‰:

- deutliche Verminderung der Sehleistung
- Einschränkung des Hörvermögens
- Konzentrationseinschränkungen
- Fehleinschätzung von Geschwindigkeit und Entfernung

etwa **0,8 ‰**:

- deutliche Einschränkung der Konzentration
- Gleichgewichtsstörungen
- weitere Verminderung der Sehfähigkeit
- Verlängerung der Reaktionszeiten um etwa 35%
- erste psychomotorische Störungen
- Selbstüberschätzung

etwa **1,1 ‰**:

- erhebliche Störungen der Konzentration, der Aufmerksamkeit, des Seh- und Hörvermögens und der Reaktionszeit
- Sprachstörungen, schwankender Gang, Gleichgewichtsstörungen
- maßlose Selbstüberschätzung

etwa **3,0 ‰**:

- Volltrunkenheit
- Gedächtnisverlust
- schwere Alkoholvergiftung
- Atemlähmung

Die Unfallgefahr steigt mit zunehmender Alkoholkonzentration im Blut immer stärker an. Schon bei 0,3 Promille ist das Unfallrisiko doppelt so hoch.

Die folgende Gegenüberstellung veranschaulicht das schnell steigende Risiko. Vergleichen Sie bitte das Unfallrisiko mit unserem Rechenbeispiel (0,79 ‰) auf Seite 9.

0,0	Promille	=	Unfallrisiko	NORMAL
0,3	Promille	=	Unfallrisiko	x 2,0
0,6	Promille	=	Unfallrisiko	x 3,0
0,8	Promille	=	Unfallrisiko	x 4,5
1,0	Promille	=	Unfallrisiko	x 6,5
1,2	Promille	=	Unfallrisiko	x 9,5
1,5	Promille	=	Unfallrisiko	x 16



Bei **Medikamenten** können gleiche oder ähnliche Symptome wie beim Alkohol auftreten. Beispielsweise kann es plötzlich zum sogenannten Sekundenschlaf, zu Hyperaktivität aber auch zum Nachlassen der Konzentrationsfähigkeit kommen. Es ist sehr schwierig, für Medikamentenmissbrauch allgemeine Symptome zu beschreiben. Auf Grund der Vielzahl der Wirkstoffe sind völlig unterschiedliche Beeinträchtigungen möglich.

Klar ist jedoch Eines: Der Mensch kann auf Dauer nur ohne Suchtmittel volle Leistung bringen und vor allem gesund bleiben.



## Sucht erkennen

Oftmals ist es schwierig, den Missbrauch von Suchtmitteln bei Kollegen und Vorgesetzten zu erkennen. Von Suchtmitteln Abhängige sind zumeist nicht in der Lage, den Ernst ihrer Situation einzuschätzen und verleugnen auch vor sich selbst, solange es geht, eine Abhängigkeit.

Die folgenden Merkmale können Anzeichen für eine Abhängigkeit sein:

### **Merkmale beim Missbrauch von Suchtmitteln:**

- Leistungsminderung ohne erkennbaren Grund
- die Qualität der geleisteten Arbeit sinkt
- Gedächtnislücken
- auffällige Müdigkeit
- allgemeine Unkonzentriertheit
- häufiges zu spät Kommen
- häufige Fehlzeiten, besonders nach Wochenenden oder Feiertagen
- Wesensänderung des Betroffenen
- Entzugserscheinungen, wie z.B. Zittern oder Schweißausbruch
- nachlassendes Selbstwertgefühl

### **Zusätzliche Merkmale bei Alkoholmissbrauch:**

- Nachlassen der Alkoholverträglichkeit
- Vorratshaltung und heimliche Depots
- Bagatellisierung der Trinkmenge
- Benutzung von „Atemreinigern“
- Alkohol in der Mittagspause
- schnelles Trinken, um Pegel anzuheben („auf einen Zug“)
- kurzfristiges Entfernen vom Arbeitsplatz
- Meidung von Vorgesetzten
- unter Beobachtung fahrig und hektische Bewegungen

### **Gründe für eine Abhängigkeit können sein:**

- finanzielle Probleme
- familiäre Probleme
- Krankheiten
- Gruppenzwänge, die aus dem sozialen Umfeld kommen
- Genusssucht, die sich insbesondere durch Regelmäßigkeit, wie das Bier zum Feierabend oder zum Mittagessen, die Flasche Wein oder Cocktail's am Abend, ausdrückt und schleichend in die Abhängigkeit führt

Mit dem Alkohol-Selbsttest am Ende dieser Broschüre lassen sich Anzeichen einer Gefährdung erkennen.

Als alternativer Test bietet sich eine Woche der Abstinenz an. Ist ein Verzicht auf Alkohol, die Zigaretten oder Tabletten möglich, ohne ein unnachgiebiges Verlangen zu verspüren („Ich muss ständig daran denken.“) oder ohne dass körperliche Symptome auftreten wie Zittern oder Schweißausbrüche? Wenn nicht sollte umgehend ärztliche Behandlung in Anspruch genommen werden. Adressen, die Hilfe anbieten (auch anonym), sind im Anhang der Broschüre abgedruckt.



## Fehler im Umgang mit Alkoholkranken

Alkoholranke und -gefährdete sind problematisch im Umgang. Sie sind meist leicht reizbar und reagieren aggressiv, wenn das Gespräch auf ihren Alkoholkonsum kommt. Dieses bewirkt, dass Personen aus dem privaten und beruflichen Umfeld des Betroffenen, aus einem natürlichen Harmoniebedürfnis heraus einer direkten Auseinandersetzung aus dem Weg gehen. Sie beschönigen vor sich und anderen das Problem, bis sie der Belastung nicht mehr gewachsen sind. Mit diesem Verhalten tragen die so genannten „Co-Alkoholiker“ unabsichtlich zur Verlängerung der Sucht bei. Sie werden zu Suchtunterstützern statt zu Suchthelfern.

Das Verhalten des Co-Alkoholikers lässt sich in drei Phasen teilen:

### 1. Die Beschützer- oder Erklärungsphase:

In dieser Phase neigen Vorgesetzte und Mitarbeiter dazu, die Auffälligkeiten des Betroffenen zu entschuldigen und zu decken. Sie übernehmen einen Teil der Arbeit des Betroffenen, versuchen bei schlechter Arbeitsleistung dieses zu decken oder bei Qualitätsverlust der Arbeit einen Ausgleich zu schaffen.

Eine Konfrontation mit dem Kollegen wird konsequent vermieden, um eine falsche Harmonie aufrecht zu erhalten. Für die Probleme, die immer wieder auftreten, werden „missliche Umstände“ verantwortlich gemacht.

Nach einer Weile ist dieser Zustand jedoch nicht mehr zu decken. Nun kommt es in der Regel zu einem Gespräch mit dem Vorgesetzten. In diesem Gespräch konfrontiert der Vorgesetzte den Betroffenen mit dem Problem. Der Betroffene seinerseits verspricht schnelle Besserung.

Dieser Vorgang wiederholt sich einige Male und die Rückfälle häufen sich. Der Vorgesetzte merkt, dass eine Besserung nicht eintritt und gibt sich möglicherweise die Schuld dafür. Er legt die Rückschläge als Führungsschwäche aus. Er sucht nun nach kontrollierbaren Maßnahmen. Die Phase 2 beginnt.

## 2. Die Kontrollphase:

Der Vorgesetzte versucht nun unter Mithilfe der Kollegen, mittels Auflagen und Kontrollen den Betroffenen zu beeinflussen und zu reglementieren und dadurch trocken zu halten.

Durch diesen plötzlichen, erhöhten Druck und die gesteigerte Erwartung fühlt sich der Betroffene oft überfordert und Versagensängste nehmen Überhand. Die Reaktion darauf ist noch mehr Drogenkonsum, welcher wiederum mehr Kontrolle nach sich zieht.

Nach einiger Zeit, oftmals auch nach Jahren, kommt es auf Grund der Hoffnungsphasen und der darauf folgenden Rückfälle zu Phase 3.

## 3. Die Anklagephase:

Der Vorgesetzte und oftmals auch die Kollegen machen den Betroffenen für alle Schwierigkeiten verantwortlich. Er übernimmt sozusagen die Funktion des Sündenbocks. Der über einen langen Zeitraum angestaute Frust wird abgeladen. Der Vorgesetzte droht mit einer Kündigung oder vollzieht sie eventuell sogar.

Der Betroffene muss nun ernsthaft um seinen Arbeitsplatz bangen und verspricht Besserung, welche auch meist eintritt.



Der Betroffene lebt fortan, zumindest für kurze Zeit, abstinente. Teilweise sogar bis zu einem halben Jahr. Da in der Regel keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird, kommt es zum Rückfall. Oft beginnend mit geringen Mengen des Suchtmittels. Dies wird nun toleriert, da jeder hofft, dass der Betroffene seinen Konsum im Griff hat. Dies ist aber mit Sicherheit nicht der Fall. Denn nur konsequente Abstinenz schützt vor Rückfall.

## Das 5-Stufen-Modell als Ausweg

Je früher eingegriffen wird, um so größer ist die Chance, dem Betroffenen wirksam zu helfen.

Ziele der Intervention sind:

- Vertrauen in die betrieblich vereinbarten Maßnahmen aufzubauen
- offen mit den Problemen umzugehen
- die betroffenen Beschäftigten aus allen Bereichen gleich zu behandeln
- bei der Feststellung von normabweichendem Konsumverhalten sofort zu reagieren
- geeignete Maßnahmen frühzeitig einzuleiten
- betriebliche Konzepte für Hilfsangebote einzuführen
- das Unternehmen und betroffene Mitarbeiter arbeitsrechtlich abzusichern

Dass dies in der Praxis nicht einfach ist, bestreitet niemand. Eine bewährte Handlungshilfe ist das so genannte 5-Stufen-Modell. Es bietet dem Vorgesetzten aber auch Kollegen die Möglichkeit, frühzeitig und positiv in das Geschehen einzugreifen.

Die Durchführung des **5-Stufen-Modells** kann sich über einen langen Zeitraum erstrecken. Dabei ist ein klar strukturiertes Vorgehen wichtig. Es müssen Ziele definiert werden, die von beiden Seiten konsequent verfolgt werden. Der Inhalt der Gespräche muss vertraulich behandelt werden.

### 1. Stufe:

Der Vorgesetzte stellt das Suchtproblem fest und bespricht es mit dem Mitarbeiter. Es werden die Pflichtverletzungen im Bezug auf den Arbeitsvertrag aufgezeigt und auf das Suchtproblem ursächlich zurückgeführt. Hierzu können verschiedene Anlässe herangezogen werden, wie Zuspätkommen, unentschuldigtes Fehlen, fehlerhafte Arbeit. Der Vorgesetzte weist auf mögliche Konsequenzen hin, stellt aber Hilfsangebote, wie anschließend beschrieben, in den Vordergrund. Es werden gemeinsam Ziele definiert, z.B. Inanspruchnahme von inner- oder außerbetrieblicher Hilfe und ein weiteres Gespräch, um die Einhaltung der Ziele zu prüfen.

Tritt keine Besserung ein:

### 2. Stufe:

Der Vorgesetzte konfrontiert den Mitarbeiter mit dem Suchtproblem wieder im Bezug auf seine Pflichtverletzung und macht Auflagen. Dazu sollten konkrete Anlässe vorliegen, die mit Ort, Zeit und Datum, evtl. auch Zeugen dokumentiert sind. Er stellt die möglichen Konsequenzen deutlich dar und bespricht die Hilfsangebote erneut. Es werden wieder Ziele definiert und ein Zeitrahmen gesetzt sowie ein Termin für ein weiteres Gespräch festgelegt.

Tritt keine Besserung ein:

### 3. Stufe:

Ein Gespräch mit dem Betroffenen wird angesetzt. Sinnvoll ist es, den Betriebsrat, den Betriebsarzt und den Suchtbeauftragten mit hinzuzuziehen. Der Mitarbeiter wird mündlich verwarnt. Die Hilfsangebote und die Ziele werden erneut besprochen und ein weiteres Gespräch zur Kontrolle vereinbart.

Tritt keine Besserung ein:

### 4. Stufe:

Der Vorgesetzte setzt ein Gespräch mit dem Betroffenen, der Personalabteilung, dem Betriebsrat, dem Betriebsarzt und dem Suchtbeauftragten an. Hilfsangebote werden besprochen aber auch deutlich die folgenden Konsequenzen. Es werden klare Auflagen mit Zeitplan festgelegt. Die erste Abmahnung wird erteilt. Wesentlich dabei ist, dass tatsächlich ein Verstoß gegen arbeitsvertragliche Verpflichtungen oder gegen ein Alkoholverbot (Betriebsvereinbarung) vorliegt.

Tritt keine Besserung ein:

### 5. Stufe:

Nochmals wie bei der 4. Stufe. Die zweite Abmahnung wird erteilt.

Tritt keine Besserung ein: **Kündigung**

### Wichtig bei allen Gesprächen ist:

- Diskretion im Umgang mit den Inhalten der Gespräche
- es muss eine Vertrauensbasis zwischen Vorgesetzten und Betroffenen aufgebaut werden
- der Betroffene muss merken, dass die angebotene Hilfe ernst gemeint ist und nicht als Vorbereitung für eine Kündigung genutzt wird
- die Lösungsmöglichkeiten müssen sehr sachlich, also ohne Emotionen, besprochen werden
- die Ergebnisse und das weitere Vorgehen sollten besprochen und von beiden Seiten akzeptiert werden
- für alle Beteiligten muss eine klare Struktur und Transparenz ersichtlich sein
- der Betroffene muss durch aktives Tun, und Konsequenz die gemeinsam gesteckten Ziele verfolgen
- der Vorgesetzte muss aktive Hilfestellung geben

Ein Vertrauensbruch zwischen den Parteien führt mit Sicherheit zum Scheitern der Hilfe-maßnahme. Dabei ist besonders die Sozialkompetenz des Vorgesetzten gefordert.

Deshalb müssen Vorgesetzte und Kollegen im Umgang mit solchen Problemen geschult und unterstützt werden. Die BGHW bietet Seminare zur Schulung von Führungskräften „Suchtmittel im Betrieb - Intervention und Prävention“ und „Gesprächsführung mit gefährdeten Mitarbeitern“ an.

## Stellen, die Hilfe bieten können

### Innerbetrieblich:

- Betriebsarzt
- ehemalige („trockene“) Alkoholiker, die im Betrieb tätig sind
- Suchtbeauftragter (neutrale Vertrauensperson im Betrieb)
- Betriebs- bzw. Personalrat

### Außerbetrieblich:

- ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen
- Selbsthilfegruppen: z. B.: Anonyme Alkoholiker, Blaues Kreuz, Fachkrankenhäuser, Arbeitsmedizinische Zentren, Hausarzt

Adressen und Links finden Sie im Anhang dieser Broschüre.



## Präventionsmöglichkeiten im Betrieb

Natürlich ist die Sucht-Prävention besser und kostengünstiger als die Behandlung. Daher sollte jeder Betrieb eine wirksame Prävention aufbauen.

### Ziele der Prävention:

- über die Risiken des Konsums von Suchtmitteln aufklären
- die Einnahme von illegalen Suchtmitteln verhindern
- das Abgleiten in normabweichendes Verhalten verhindern
- frühzeitig normabweichendes Konsumverhalten erkennen
- das Thema enttabuisieren und entdramatisieren
- Sucht fördernde Arbeitsbedingungen auffinden und beseitigen
- Nachbetreuung von „trockenen“ Kollegen unterstützen

Dabei kann ein erster Schritt sein, die Mitarbeiter mit Personalführungsverantwortung mit dieser Problematik vertraut zu machen. Das können Unterweisungen und Schulungen sein.

Ein zweiter Schritt kann ein Suchtbeauftragter (Vertrauensperson) sein, der in besonderer Weise geschult wird. Er sollte über die nötige soziale Kompetenz verfügen, um mit den Betroffenen umgehen zu können.

Natürlich sollte der Betriebsarzt einbezogen werden. Er kann mit Beratungen, Schulungen und der Ausarbeitung eines Anti-Suchtprogramms beauftragt werden.

Adressen und Stellen die Hilfsangebote bereitstellen, sollten mit allen Mitarbeitern besprochen und leicht zugänglich sein, z.B. durch Aushang.

In einem innerbetrieblichen Arbeitskreis sollten Vorgesetzte, Betriebsrat, Kollegen, die Fachkraft für Arbeitssicherheit, der Betriebsarzt, der Personalleiter und natürlich auch ehemalig abhängige Kollegen mitwirken. Es ist sinnvoll in regelmäßigen Abständen zu tagen und Schwerpunkte zu bearbeiten.

Zur Arbeit dieses Kreises kann gehören:

- Schulung der Führungskräfte und Sicherheitsbeauftragten
- Betreuung von Betroffenen
- Analyse der möglichen Auswirkungen des Suchtmittelmissbrauchs auf den innerbetrieblichen Arbeitsablauf
- Ermittlung und Beurteilung der Ursachen
- Planung und Durchführung von Informationsveranstaltungen und Aufklärungsmaßnahmen
- Mitarbeitergespräche
- Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Intervention
- Entwicklung eines betriebsspezifischen Leitfadens
- Erstellung einer Betriebsvereinbarung über den Umgang mit Suchtmitteln
- Formulierung von kurz-, mittel- und langfristigen Zielen
- Bewertung der durchgeführten Maßnahmen
- regelmäßige Veröffentlichung von Informationen im Betrieb zum Thema „Sucht“
- Kontaktaufnahme und -pflege mit außerbetrieblichen Suchthilfeorganisationen



## Rechtliche Grundlagen

In § 15, Abs. 2 und 3 der Unfallverhütungsvorschrift BGV A1, heißt es:

„Pflichten der Versicherten

(1) ...

(2) Versicherte dürfen sich durch den Konsum von Alkohol, Drogen oder anderen berauschenden Mitteln nicht in einen Zustand versetzen, durch den sie sich selbst oder andere gefährden können.

(3) Absatz 2 gilt auch für die Einnahme von Medikamenten.“

Dieser Absatz verbietet nicht grundsätzlich die Einnahme von Alkohol oder Drogen. Doch Vorsicht, der betroffene Versicherte darf sich und andere durch die Einnahme von Drogen nicht gefährden.

Arbeitgeber und Vorgesetzte haben bei Auffälligkeit eines Beschäftigten auf Grund ihrer Fürsorgepflicht aktiv zu werden. Sie haben die Entbindung von der Arbeit einzuleiten, wenn der Eindruck entsteht, die Arbeit kann nicht sicher durchgeführt werden. Der Arbeitgeber muss für einen sicheren Heimtransport sorgen, für den er sich vom Betroffenen entschädigen lassen kann. Die Zeit, die der Betroffene auf Grund seiner Auffälligkeit nicht arbeiten kann, muss vom Arbeitgeber nicht entlohnt werden.

Achtung: Beim Nichteinschreiten kann der Arbeitgeber oder der Vorgesetzte möglicherweise schadenersatzpflichtig gemacht oder wegen fahrlässiger Körperverletzung zur Verantwortung gezogen werden.

Für den Betroffenen gilt: Trunkenheit ist - bis auf seltene Ausnahmen - ein persönlicher, allein vom Willen der Versicherten abhängiger Zustand, der typischerweise einen Leistungsabfall mit Gefahrenerhöhung bewirkt. Von der Trunkenheit ausgehende Gefahren und Situationen gehören daher grundsätzlich nicht zum versicherten Risiko. Das heißt, dass in der Regel der Versicherungsschutz durch die gesetzliche Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft) entfällt.

Das gilt natürlich in gleichem Maß auch für den Konsum von anderen Suchtmitteln wie Medikamente oder Cannabis.

## Betriebsvereinbarung über Suchtmittelkonsum

Die Notwendigkeit einer Betriebsvereinbarung ergibt sich aus dem Fehlen eines Alkoholverbots in Vorschriften und Gesetzen.

Die nachfolgend beschriebenen Kriterien sind als Leitfaden für die Erstellung zu verstehen. Sie müssen natürlich an die individuellen Gegebenheiten der jeweiligen Firma angepasst werden. Wichtig ist, dass die Geschäftsleitung, die Vorgesetzten und der Betriebsrat „an einem Strang ziehen“. Die Betriebsvereinbarung sollte in einem Arbeitskreis erarbeitet werden.



- **Geltungsbereich:**  
für welche Suchtmittel?  
für alle Mitarbeiter?
- **Unternehmensleitlinie / Zielsetzung:**  
Was soll mit der Vereinbarung erreicht werden?  
Hier können Ziele definiert werden: zum Beispiel Prävention oder Intervention bei Problemen, Vorgehensweisen zur Hilfestellung, regelmäßige Meetings usw.
- **Vorbeugende Maßnahmen:**  
Informationen für die Beschäftigten, Schulungen für Vorgesetzte usw.  
Aufstellung eines Aus- und Weiterbildungsplans  
Nicht-Verfügbarkeit von Drogen und Zigaretten im Betrieb  
Ermittlung von betrieblichen Problembereichen  
Verbot von Suchtmitteln im Betrieb
- **Bildung eines Arbeitskreises oder einer Projektgruppe**
- **Funktion und Aufgabe von betriebsinternen Sucht- oder Gesundheitsbeauftragten, Sozialdienst, Suchtkrankenhelfer**
- **Zusammenarbeit mit externen Beratungsstellen**
- **Hilfe für Beschäftigte:**  
Motivationsprogramm  
Gesprächs und Hilfsangebote, z.B. Therapiebegleitung
- **Betriebsspezifischer Stufenplan, Umgang mit Betroffenen:**  
Fünf-Stufen-Modell  
Durchsetzung eines Beschäftigungsverbots nach BGV A1, § 15, Abs. 2 und 3  
Einsatz arbeitsrechtlicher Konsequenzen: Ermahnung, Abmahnung, Kündigung  
Entgeltanspruch, Kosten für Heimtransport  
Wiedereingliederung, Wiedereinstellungszusage  
Vorgehensweise bei Rückfall
- **Verpflichtung zur Verschwiegenheit**
- **Vorgehen bei Auslegungsfragen**
- **Erfolgskontrolle**
- **Inkrafttreten, Laufzeit**

Bei der Ausarbeitung einer Betriebsvereinbarung sollte in jedem Fall juristische Hilfe in Anspruch genommen werden.

## Test zur Selbsteinschätzung

Fragen		ja	Nein
1	Leiden Sie in letzter Zeit häufiger an Zittern der Hände?		
2	Leiden Sie in letzter Zeit häufiger an einem Würgegefühl (Breachreiz), besonders morgens?		
3	Werden das Zittern und der morgendliche Brechreiz besser, wenn Sie etwas Alkohol trinken?		
4	Leiden Sie in letzter Zeit an starker Nervosität?		
5	Haben Sie in Zeiten erhöhten Alkoholkonsums weniger gegessen?		
6	Hatten Sie in letzter Zeit öfters Schlafstörungen oder Alpträume?		
7	Fühlen Sie sich ohne Alkohol angespannt und unruhig?		
8	Haben Sie nach den ersten Gläsern ein unwiderstehliches Verlangen weiterzutrinken?		
9	Leiden Sie an Gedächtnislücken nach starkem Trinken?		
10	Vertragen Sie heute weniger Alkohol als früher?		
11	Haben Sie nach dem Trinken schon einmal Gewissensbisse (Schuldgefühle) empfunden?		
12	Haben Sie ein Trinksystem versucht (z. B. nicht vor bestimmten Zeiten trinken)?		
13	Bringt Ihr Beruf Alkoholkonsum mit sich?		
14	Hat man Ihnen an einer Arbeitsstelle schon einmal Vorhaltungen wegen Ihres Alkoholkonsums gemacht?		
15	Sind Sie weniger tüchtig, seitdem Sie trinken?		
16	Trinken Sie gern und regelmäßig ein Gläschen Alkohol, wenn Sie alleine sind?		
17	Haben Sie einen Kreis von Freunden und Bekannten, in dem viel getrunken wird?		
18	Fühlen Sie sich sicherer, selbstbewusster, wenn Sie Alkohol getrunken haben		
19	Haben Sie zu Hause oder im Betrieb einen kleinen versteckten Vorrat mit alkoholischen Getränken?		

20	Trinken Sie Alkohol, um Stresssituationen besser bewältigen zu können oder um Ärger und Sorgen zu vergessen?		
21	Sind Sie und/oder Ihre Familie schon einmal wegen Ihres Trinkens in finanzielle Schwierigkeiten gekommen		
22	Sind Sie schon einmal wegen Fahrens unter Alkoholeinfluss mit der Polizei in Konflikt gekommen?		

### Auswertung:

Jede mit „Ja“ beantwortete Frage erhält einen Punkt. Die Fragen 3, 7, 8 und 14 erhalten jeweils vier Punkte. Bei einer Gesamtpunktzahl von sechs und mehr liegt eine Alkoholfährdung vor.

(Quelle: DGUV, BGI 597-19, Heft 19, Basics „Alkohol am Arbeitsplatz“)

### Quellen

- „Sicherheit für Sie“, Heft 19, „Alkohol am Arbeitsplatz“ - (BGI 597- 19) - DGUV\*
- „Alkohol im Betrieb geht jeden an“ - Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LfG Bayern)
- „Suchtprobleme im Betrieb“ (DGUV, DVR)
- „Suchtmittelkonsum im Betrieb“ (A003) - Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie (BG Chemie)
- „Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz“ - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)
- „Suchtprävention als Führungsaufgabe - Lösungspotentiale, Strategien für den Betrieb“, 2004 - Ziegler/Brandl

\* geeignet zum Verteilen an Beschäftigte

## Adressen

### **AL-ANON Familiengruppen - Selbsthilfegruppen für Angehörige von Alkoholikern**

Emilienstr. 4  
45128 Essen  
Tel.: 02 01 / 77 30 07  
Fax.: 02 01 / 77 30 08  
[www.al-anon.de](http://www.al-anon.de)

### **Anonyme Alkoholiker (AA) Interessen- gemeinschaft e. V.**

Waldweg 6  
84177 Gottfrieding  
Tel.: 08731 / 3 25 73 - 0  
Fax.: 08731 / 3 25 73 - 20  
[www.anonyme-alkoholiker.de](http://www.anonyme-alkoholiker.de)

### **Arbeiterwohlfahrt Bundesverband**

Blücherstr. 62 / 63  
10961 Berlin  
Tel.: 030 / 26 30 90  
Fax.: 030 / 26 30 93 25 99  
[www.awo.org](http://www.awo.org)

### **Blaues Kreuz in Deutschland e.V.**

Schubertstr. 41  
42289 Wuppertal  
Tel.: 02 02 / 62 00 30  
Fax.: 02 02 / 62 00 3 - 81  
[www.blaues-kreuz.de](http://www.blaues-kreuz.de)

### **Blaues Kreuz in der evangelischen Kirche - Bundesverband e.V.**

Julius-Vogel-Str. 44  
44149 Dortmund  
Tel.: 02 31 - 5 86 41 32  
Fax.: 02 31 - 5 86 51 33

### **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklä- rung (BzgA)**

51101 Köln  
Tel.: 02 21 / 89 92 - 0  
Fax.: 02 21 / 89 92 - 300  
[www.bzga.de](http://www.bzga.de)

### **Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)**

Westenwall 4  
59065 Hamm  
Tel.: 0 23 81 / 90 15 - 0  
Fax.: 0 23 81 / 90 15 - 30  
[www.dhs.de](http://www.dhs.de)

### **Deutscher Caritasverband**

Karlstr. 40  
79104 Freiburg  
Tel.: 07 61 / 200 - 0  
Fax.: 07 61 / 200 - 350  
[www.caritas.de](http://www.caritas.de)

### **Guttempler in Deutschland**

Adenauerallee 45  
20097 Hamburg  
Tel.: 0 40 / 24 58 80  
Fax.: 0 40 / 24 14 30  
[www.guttempler.de](http://www.guttempler.de)

### **Kreuzbund e.V. - Bundesgeschäftsstelle**

Münsterstr. 25  
59065 Hamm  
Tel.: 0 18 05 / 41 04 50  
Tel.: 0 23 81 / 6 72 72 - 0  
Fax.: 0 23 81 / 6 72 72 - 33  
[www.kreuzbund.de](http://www.kreuzbund.de)

## Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution

Prävention, Postfach 12 08  
53002 Bonn  
Telefax 02 28 / 54 06 - 58 99  
E-Mail: [medien@bghw.de](mailto:medien@bghw.de)  
Internet: [www.bghw.de](http://www.bghw.de)

Druck: Brandt GmbH, Bonn  
Bestell-Nr. B 11, Ausgabe Dezember 2011

# Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz

Eine Praxishilfe für  
Personalverantwortliche





# Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz

Eine Praxishilfe für  
Personalverantwortliche



# Inhalt

<b>Einführung</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>Medikamente</b>	<b>63</b>
<b>1 Alkohol</b>	<b>7</b>		Medikamente am Arbeitsplatz – ein bislang unterschätztes Risiko?	64
Wo sind die Grenzen für einen risikoarmen Alkoholkonsum?	8		Welche Definitionen gibt es für den Medikamentenkonsum?	68
Wann spricht man von einem riskanten Alkoholkonsum?	11		Welche Auswirkungen haben Psychopharmaka auf die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten?	71
Wann sind direkte und indirekte „Alkoholverbote“ möglich?	16		Fit für den Arbeitsplatz oder Leistungssteigerung mit allen Mitteln?	76
Welche Definition gibt es für die Alkoholkrankheit?	19		Ist es im betrieblichen Alltag überhaupt möglich, Beschäftigte mit Medikamentenproblemen zu erkennen?	81
Woran erkenne ich Beschäftigte, die Alkoholprobleme haben?	21		Wie können Personalverantwortliche Betroffene ansprechen?	83
Was kann Führungskräfte hindern, Auffälligkeiten wahrzunehmen?	26	<b>3 Illegale Drogen</b>	87	
Warum unternimmt keiner etwas? – Es wissen doch alle Bescheid!	28	Illegale Drogen – ein nicht wahrgenommenes Problem am Arbeitsplatz?	88	
Müssen Menschen mit Alkoholproblemen nicht erst in der „Gasse“ angekommen sein, bevor ihnen geholfen werden kann?	32	Cannabis	90	
Welche Beratung und Behandlung gibt es?	35	Ecstasy	94	
Therapieziel Abstinenz – oder gibt es auch andere Angebote?	38	Kokain	96	
Wie sollten Personalverantwortliche handeln, wenn Beschäftigte unter dem akuten Einfluss von Substanzen stehen – die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist?	39	Sind Kontrollen in Form von Drogen-Screenings das Mittel der Wahl?	99	
Darf der Arbeitgeber eine Überprüfung des Alkoholspiegels anordnen?	44	<b>4 Vorbeugung</b>	103	
Wie können Beschäftigte mit substanzbedingten Auffälligkeiten am Arbeitsplatz angesprochen werden?	47	Hilfe ist gut, Vorbeugung ist besser! Wer kann im Betrieb einen Beitrag leisten?	104	
Wie können sich Personalverantwortliche auf das Gespräch mit Betroffenen vorbereiten?	68	Suchtprävention als eigenständiger Teil der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz?	105	
		<b>5 Anhang</b>	109	
		Musterbetriebsvereinbarung	110	
		Musterstufenplan (Privatwirtschaft)	124	
		Musterstufenplan (Öffentlicher Dienst)	132	
		Literatur	140	
		Kontakte, Adressen	142	

Der riskante und problematische Alkoholkonsum, der Fehlgebrauch von psychisch wirksamen Medikamenten und der sicherheitsrelevante Konsum von Cannabis, Ecstasy und Kokain bestimmen den umfangreichen Inhalt dieser Broschüre. Es geht um Menschen, die zunächst aus Genuss und später aus Gewohnheit Substanzen konsumieren und damit am Arbeitsplatz auffällig werden. Es geht vor allem aber auch um Beschäftigte, die Stress, Ängste und Sorgen mit Hilfe von Suchtmitteln zu bewältigen versuchen. Die Hoffnung der Betroffenen, dem als unerträglich empfundenen Alltag durch riskanten oder schädlichen Suchtmittelkonsum zu entfliehen, entwickelt sich zu einer Belastung für sie selber, die Partnerinnen oder Partner, die Kinder, die Freunde und nicht zuletzt für Kolleginnen und Kollegen als auch für Führungskräfte am Arbeitsplatz.

Die Broschüre beginnt mit Ausführungen zum risikoarmen Konsum von Alkohol und endet mit der Vorbeugung von Substanzgebrauch als Teil der Gesundheitsförderung. Sie trägt damit dem Gedanken Rechnung, den riskanten Konsum zu reduzieren, unter anderem auch durch eine positive Verstärkung gesundheitsbewussten Handelns.

In vielen Großbetrieben und Verwaltungen gibt es seit Jahren Erfahrungen mit Programmen zur „Suchtprävention und Suchthilfe“. In diesen Unternehmen stehen betriebsinterne Beraterinnen und

Berater den Personalverantwortlichen zur Seite, wenn es um lösungsorientierte Gespräche mit Betroffenen geht. Doch in vielen mittelständischen Unternehmen, Verwaltungen und in Kleinbetrieben stehen interne professionelle Unterstützungsangebote für Vorgesetzte, die suchtmittelauffällige Beschäftigte ansprechen müssen, noch nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung.

Diese Broschüre richtet sich vornehmlich an Führungskräfte in Mittel- und Kleinbetrieben und Verwaltungen, die einen Einstieg in das Thema suchen. Sie erhalten praxisnahe Antworten auf ihre Fragen. Die Inhalte der Broschüre beruhen auf den Erfahrungen jahrelanger Seminar- und Beratungsarbeit mit Führungskräften und weiteren Personalverantwortlichen aus Betrieben und Verwaltungen.

Die Ausgangssituation, sich mit dem Thema zu befassen, kann die bereits vorliegende Situation eines vermuteten problematischen Substanzkonsums einer/ eines Beschäftigten oder auch die weise Voraussicht sein, sich frühzeitig informieren zu wollen. Ungeachtet der Einstiegsmotivation, mit Hilfe der Hinweise, die zum Verständnis der Situation gegeben werden, und mit den konkreten Vorschlägen zum Vorgehen im Einzelfall können Kompetenzen vertieft und erweitert werden. Vielleicht hat der eine oder andere in seiner Personalverantwortung auch bereits gehandelt. In diesem Fall kann die Lektüre Bestätigung sein oder zur Reflexion anregen.

Denjenigen, die am Erfolg von Interventionen bei Menschen mit Suchtmittelproblemen zweifeln, sei nochmals Mut gemacht. Frühzeitiges Ansprechen von Problemen erspart manchen Konflikt am Arbeitsplatz, die Demotivation eines belasteten Teams, aber vor allem erspart es der betroffenen Person eventuell die Chronifizierung ihres problematischen Konsums. Hier geht es nicht um Stigmatisierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sondern um Fürsorge und Unterstützung. Sofern sich betroffene Beschäftigte einer ambulanten oder stationären Therapie stellen, gibt es für sie selber und für ihre Arbeitgeber eine positive Perspektive: Der sozialmedizinische 2-Jahres-Verlauf nach der Suchtrehabilitation ist laut Aussage der Deutschen Rentenversicherung z. B. bei der Altersgruppe der 40-49-Jährigen gekennzeichnet mit einer Erfolgsquote von 65 %. Das bedeutet in diesem Kontext: Diese hohe Zahl der Rehabilitanden zahlt wieder lückenlos Beiträge in die Rentenversicherung. Auch bei den über 50-Jährigen sind es noch 59 %, die lückenlose Beitragszahlungen zwei Jahre nach Abschluss einer Suchtrehabilitation entrichten. Für eine chronische Krankheit ist dieses ein beachtlicher Erfolg. Jeder, der am Arbeitsplatz dazu beiträgt, verdient Anerkennung!

In der Auseinandersetzung mit den Fragestellungen werden Alkohol, psychisch wirksame Medikamente und die illegalen Drogen getrennt voneinander betrachtet. Dieses entspricht nicht immer der

Realität der Betroffenen. Oftmals werden von ihnen mehrere Suchtmittel gleichzeitig oder nacheinander konsumiert (im Fachjargon: polytoxikoman). Das Zusammenwirken verschiedener Substanzen kann eine erhöhte Gefahr für die Arbeitssicherheit und eine verringerte Arbeitsfähigkeit bedeuten. Hier geht es nicht nur um die Hilfe im Einzelfall, hier geht es um die Vorbeugung zur Verhinderung von Arbeits- und Wegeunfällen. Das Wissen um die Wirkungsmuster der verschiedenen Suchtmittel kann Personalverantwortlichen eine Hilfe in der Entscheidung sein, das Gespräch zu suchen. Wenn es innerbetrieblich keine qualifizierte Beratung und Unterstützung für Vorgesetzte gibt, bieten sich externe Hilfen an.

Das Verzeichnis der Verbände und Landesstellen für Suchtfragen im Anhang zeigt den Weg zu professioneller, externer Hilfe auf. Hier können Informationsmaterialien und Verzeichnisse der Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtgefährdete und Suchtkranke angefordert werden.

1

Alkohol

## Wo sind die Grenzen für einen risikoarmen Alkoholkonsum?

Hinter dieser Frage steht der berechtigte Wunsch nach genauen Angaben zu Trinkmengen. Wie viel ist vertretbar und ab wann wird es gefährlich? Die Beantwortung gestaltet sich schwieriger als erwünscht. Die Grenzen zwischen Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit sind fließend.

Der Beantwortung der Frage soll nicht gänzlich ausgewichen werden. Daten und Fakten zum allgemeinen Verhalten der Bevölkerung und Definitionen zum Missbrauch und zur Abhängigkeit machen eine Einschätzung möglich. Bei den genannten Zahlen müssen Verzerrungen durch unterschiedliche Erhebungsmethoden oder auch durch Schmuggel, Schwarzmarkt und dergleichen in Kauf genommen werden.

„Zugegeben, es reizt, mit Zahlen zu hantieren. Sie geben selbst dem flüchtigsten Problem etwas Greifbares, Handfestes, zu Handlungen und Budgets Aufforderndes. Sicherlich ist es auch aus volkswirtschaftlicher und gesundheitspolitischer Sicht hilfreich, sich über Größenordnungen des Alkoholproblems klarzuwerden. Aber fast alle Zahlen und Statistiken zu diesem Thema stehen unter dem Vorbehalt, dass es sich um Schätzungen und Annäherungswerte nicht mit naturwissenschaftlicher Exaktheit erfassbarer Phänomene handelt. Er benutzt Statistik wie ein betrunkenen Mann Laternenpfähle, eher zur Unterstützung als zur Erhellung.“

Andrew Lang; 1844-1912.“

Dietze: Alkohol am Arbeitsplatz

## Der Konsum der Deutschen im internationalen Vergleich

In der Rangfolge ausgewählter EU-Staaten und ausgewählter Länder beim Pro-Kopf-Konsum von reinem Alkohol im Jahr steht Deutschland auf Platz fünf mit 12,0 Liter reinem Alkohol. An erster Stelle steht Luxemburg, gefolgt von Irland, Ungarn und Tschechien. Dieser Verbrauchswert wird regelmäßig von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aktualisiert. Zugrunde gelegt wird der Pro-Kopf-Konsum im Alter von 15 und mehr Jahren.

Die häufiger zitierte Mengenangabe von 9,9 Litern reinem Alkohol pro Kopf pro Jahr bezieht sich auf die gesamte bundesrepublikanische Bevölkerung, das sind derzeit etwa 82 Millionen Bundesbürger.

Die seit dem Jahr 1995 kontinuierlich abnehmende Tendenz des Pro-Kopf-Verbrauchs in Deutschland ist im Jahr 2008 gestoppt worden. Das Institut für Therapieforchung, IFT, in München führt regelmäßig Repräsentativerhebungen durch, die veröffentlicht werden als „Epidemiologischer Suchtsurvey“. Zugrunde gelegt werden folgende Konsummuster:

Konsummuster	Männer	Frauen
Abstinenz		
Risikoarmer Konsum	0-24 g reiner Alkohol pro Tag	0-12 g reiner Alkohol pro Tag
Risikanter Konsum	> 24 g reiner Alkohol pro Tag	> 12 g reiner Alkohol pro Tag

Anhand dieser Grenzwerte ist im Suchtsurvey des Jahres 2009 für die deutsche Allgemeinbevölkerung im Alter zwischen 18 und 64 Jahren nachstehender Konsum ermittelt worden:

Konsummuster	Konsumenten in %	Konsumenten in Zahlen	davon Frauen	davon Männer
Abstinenz				
ein Leben lang	2,9 %	ca. 1,5 Mio.	ca. 0,9 Mio.	ca. 0,6 Mio.
die letzten 12 Mon.	7,3 %	ca. 3,8 Mio.	ca. 2,1 Mio.	ca. 1,6 Mio.
die letzten 30 Tage	13,4 %	ca. 7,0 Mio.	ca. 4,6 Mio.	ca. 2,4 Mio.
<b>risikoarmer Konsum</b>				
<b>die letzten 30 Tage</b>	<b>59,9 %</b>	<b>ca. 31 Mio.</b>	<b>ca. 14,2 Mio.</b>	<b>ca. 16,7 Mio.</b>
<b>risikanter Konsum</b>				
<b>die letzten 30 Tage</b>	<b>16,5 %</b>	<b>ca. 8,5 Mio.</b>	<b>ca. 3,6 Mio.</b>	<b>ca. 4,8 Mio.</b>

Problematischer Konsum: In dem AUDIT-Test wurden 39,3 Millionen aktuelle Konsumenten statistisch erfasst. Von diesen hatten 21,1 %, also zirka 8,3 Millionen, einen problematischen Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten, der mit hoher Wahrscheinlichkeit zu physischen, psychischen und sozialen Folgen führt.

doch vor allem auch um die Reduzierung des riskanten Konsums. Vor diesem Hintergrund rechtfertigen sich sogenannte „Trinkmengenempfehlungen“.

Von der Weltgesundheitsorganisation wird derzeit noch der Richtwert für einen risikoarmen Konsum für Männer von nicht mehr als maximal 30 g reinem Alkohol pro Tag und für Frauen nicht mehr als maximal 20 g reinem Alkohol pro Tag bei mindestens zwei alkoholfreien Tagen die Woche vertreten.

Im Betrieb sind die Ergebnisse zu den Konsummustern für präventive Ziele besonders wichtig. Geht es in Zukunft

### Empfehlungen für einen risikoarmen Konsum

Das Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen hat im Juni 2007 folgende Empfehlung zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke formuliert (für gesunde Menschen mittleren Alters):

**Für Frauen** Trinken Sie täglich nicht mehr als ein Standardglas. Ein Standardglas enthält ungefähr 10 Gramm reinen Alkohol (etwa 0,25 l Bier oder 0,1 l Wein).

**Für Männer** Trinken Sie täglich nicht mehr als zwei kleine Gläser Alkohol. Dieses entspricht dem Wert von etwa 20 Gramm Alkohol pro Tag.

Für die unterschiedlichen Grenzwerte, 10-12 Gramm für Frauen und 20-24 Gramm für Männer, sind biologische Faktoren verantwortlich. Bei gleichem Körpergewicht und gleicher getrunkenen Menge Alkohol ist der Alkoholgehalt im Körper der Frau

um etwa 20 % erhöht im Vergleich zum Mann. Die Ursache liegt unter anderem darin, dass der Abbauprozess des Alkohols in der Leber bei der Frau langsamer abläuft, da sie über geringere Mengen des hierfür benötigten Enzyms verfügt.

„Rotwein ist für alte Knaben eine von den besten Gaben“, so dichtete einst Wilhelm Busch. Kritisch zu bewerten sind Forschungsergebnisse, die dem Alkohol auch eine Schutzfunktion sowohl vor ischämischem Herzinfarkt als auch gegen koronare Herzkrankheiten bescheinigen, gleichzeitig werden jedoch alle anderen Körperfunktionen geschädigt. In allen wissenschaftlichen Beiträgen wird deshalb der mäßige Konsum hervorgehoben, bestenfalls 10 Gramm täglich (Deutsche Gesellschaft für Ernährung). Übrigens hat auch der rote Traubensaft diese schützende Wirkung!

### Verschiedene alkoholische Getränke und ihr Alkoholgehalt in Gramm:



Bier  
0,3 l  
13 g



Wein  
0,2 l  
16 g



Sherry  
0,1 l  
16 g



Likör  
0,02 l  
5 g



Whisky  
0,02 l  
7 g

### Wann spricht man von einem riskanten Alkoholkonsum?

Riskanter Alkoholkonsum findet statt:

- wenn über die körperlich verträgliche Grenze von 12 g Reinalkohol für Frauen und 24 g Reinalkohol für Männer pro Tag hinaus konsumiert wird
- bei Veränderungen der psychischen und/oder physischen Funktionen
- bei Konsum zu unpassenden Gelegenheiten, z. B. im Straßenverkehr, bei der Arbeit
- bei täglichem Konsum
- bei gezieltem Trinken zum Abbau von Spannungen, Ängsten und Stress

Alkohol wirkt stresslösend und entspannend. Daher ist es nahe liegend, dass er als Entspannungsmittel immer wieder eingesetzt wird. Die Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung bei regelmäßigem Konsum ist groß. Die Gewöhnung, Alkohol als Problemlöser einzusetzen, verhindert zunehmend, nach anderen konstruktiven Möglichkeiten der Entspannung zu suchen.

### Gesundheitliche Risiken

Bei regelmäßigen Überschreitungen der genannten risikoarmen Alkoholmengen werden nach heutiger medizinischer Sicht gesundheitliche Risiken für folgende Krankheiten angenommen:

- Übergewicht
- Bluthochdruck
- Herzmuskelerkrankungen
- Gastritis (Entzündung der Magenschleimhaut)
- Pankreatitis (Entzündung der Bauchspeicheldrüse)
- Impotenz
- Krebserkrankungen des Verdauungstraktes (Mundhöhle, Rachenraum, Speiseröhre und Enddarm) sowie Leber und weiblicher Brustdrüse
- Schädigung des Gehirns mit den Auffälligkeiten: Konzentrations- und Gedächtnisstörungen bis hin zur Intelligenzminderung
- Fettleber, Leberzirrhose

Direkt oder indirekt in Verbindung mit Alkohol sterben bisherigen qualifizierten Schätzungen zufolge jährlich 74.000 Personen in Deutschland. Dabei gehen 26 % allein auf den Alkoholkonsum und 74 % auf die Kombination von Alkohol und Tabak zurück.

## Prävention gesundheitlicher Risiken am Arbeitsplatz

Die Akteure im betrieblichen Gesundheitsmanagement, die sich die Gesunderhaltung der Beschäftigten als oberstes Ziel für ihre vielseitig gefächerten Angebote und Maßnahmen gesetzt haben, wären gut beraten, z. B. unter dem Thema „Gesunde Ernährung“ die Risiken des erhöhten Alkoholkonsums unter ernährungswissenschaftlichen Gesichtspunkten zu betrachten (siehe auch Seite 105). Das Thema hätte unter diesem Aspekt alle Beschäftigten als Zielgruppe vor Augen und würde keine Stigmatisierung Einzelner bedeuten. Den Alkoholkonsum ständig mit dem Thema Missbrauch und Abhängigkeit zu verknüpfen, verstellt den Blick für eine angemessene Prävention im

Betrieb. Dabei hat Deutschland nach Expertenmeinung des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin in Greifswald einen hohen Nachholbedarf in der Prävention alkoholbezogener Krankheiten und Todesfälle.

Am Arbeitsplatz zeigt sich das Thema „riskanter Alkoholkonsum“ in Form von Restalkohol, mit dem Beschäftigte ihre Arbeit beginnen beziehungsweise den Weg zur Arbeit angetreten haben. Sowohl der Weg zum Arbeitsplatz als auch der Heimweg zählen versicherungsrechtlich zum Arbeitsverhältnis. Der Versicherungsschutz kann entfallen, wenn der Arbeitnehmer alkoholisiert fährt.

### Unfallrisiken unter Alkoholeinfluss

Mit zunehmendem Promillegehalt steigt die Unfallgefährdung überdurchschnittlich.

0,0 Promille	=	Unfallrisiko normal
0,3 Promille	=	2,0-faches Unfallrisiko über normal
0,6 Promille	=	3,0-faches Unfallrisiko über normal
0,8 Promille	=	4,5-faches Unfallrisiko über normal
1,0 Promille	=	6,5-faches Unfallrisiko über normal
1,2 Promille	=	9,5-faches Unfallrisiko über normal
1,5 Promille	=	16-faches Unfallrisiko über normal

Die Unfallstatistik für 2009 gibt folgendes Bild:

- 17.434 Alkoholunfälle mit Personenschaden
- 22.175 Menschen wurden verletzt
- 440 Personen starben

### Der Weg zur Arbeit: Alkoholkonsum und Fahrtüchtigkeit

Der Gesetzgeber hat in der Vergangenheit ständig nachjustiert, um das Unfallgeschehen unter Alkoholeinfluss weiter zu reduzieren. Die markanten Grenzwerte, die rechtliche Bedeutung haben, sehen wie folgt aus:

0,0 ‰	„ <b>absolutes Alkoholverbot</b> “ für Fahranfänger in der Probezeit oder vor Vollendung des 21. Lebensjahres nach dem Straßenverkehrsgesetz, StVG, Ahndung als Ordnungswidrigkeit einschließlich der Teilnahme an einem speziellen Aufbauseminar und Verlängerung der Probezeit um 2 Jahre.
0,3 ‰	„ <b>relative Fahruntüchtigkeit</b> “, d. h., die Fahreignung ist nicht gegeben, wenn typische Ausfallerscheinungen, Fahrfehler oder konkrete Gefährdungen zu den 0,3 ‰ hinzutreten und ein Kausalzusammenhang angenommen werden muss. § 316 Strafgesetzbuch, StGB sieht Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe vor.
0,5 ‰	Das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung hat bereits 2001 die 0,5 ‰ mit voller Strafbewährung in Kraft gesetzt: § 24a StVG. Ordnungswidrig handelt, wer 0,5 ‰ oder mehr beim Fahren eines Kfz aufweist, ohne dass er Ausfallerscheinungen – wie bei der 0,3 ‰ - Grenze aufweisen muss.
1,1 ‰	„ <b>absolute Fahruntüchtigkeit</b> “ wird bei dieser Promillegrenze als sicher angenommen und mit Sanktionen nach § 316 StGB belegt, d.h., es wird als Straftat gewertet.
1,6 ‰	„ <b>absolute Fahruntüchtigkeit</b> “ auch beim Führen von nichtmotorisierten (i. d. R. Fahrräder) Fahrzeugen im Straßenverkehr. Es kann zum Entzug der Fahrerlaubnis kommen.

Bei allen aufgeführten Übertretungen drohen neben den genannten Ahndungen weitere Sanktionen wie Punkte im Verkehrszentralregister (Flensburg), Fahrverbote und Führerscheinentzug. Finanzielle und emotionale Belastungen entstehen auch durch die Anordnung einer „Medizinisch-Psychologischen Untersuchung (MPU)“, deren Gutachten über den Führerscheinerhalt entscheidet.

Wahrscheinlich haben die gesetzlichen Maßnahmen gekoppelt mit vermehrten Kontrollen im Straßenverkehr, aber auch die Herstellung sicherer Fahrzeuge und diverse Präventionskampagnen und nicht zuletzt die Verantwortungsbereitschaft des Einzelnen zu einer erheblichen Reduzierung des Unfallgeschehens im Straßenverkehr beigetragen.

## Die Blutalkoholkonzentration – ein schwer zu berechnender Faktor

Bei der oft gestellten Frage „Wie viel darf ich eigentlich trinken?“ steht zwar die gesundheitliche Verträglichkeit im Vordergrund, sehr häufig nimmt die Diskussion aber auch die Wendung zum entsprechenden Promillegehalt und der Fahrtüchtigkeit. Verlässliche Aussagen zu dieser Frage sind nicht wirklich möglich. In der Fachliteratur wird daher oft auf entsprechende Antworten verzichtet. Da es in dieser Broschüre unter anderem um mehr Sicherheit für den Arbeitsplatz und auch den Erhalt des Versicherungsschutzes der Beschäftigten auf dem Weg von und zur Arbeit geht, soll ein Hinweis zum Errechnen der BAK erfolgen.

Die Blutalkoholkonzentration (BAK) ist ein Maß für die Menge von Alkohol im Blut und wird üblicherweise in Gewichtsanteilen als g/kg (in Promille) angegeben. Die BAK wird verwendet, um Aussagen über die Einschränkungen der Konzentrations-, Reaktions- und Zurechnungsfähigkeit durch Alkohol abzuleiten.

Die **Alkoholkonzentration** im Blut hängt von folgenden, mit Buchstaben gekennzeichneten Faktoren ab:

- **c** die Alkoholkonzentration im Blut in Gramm pro Kilogramm Blut
- **A** die aufgenommene Masse des Alkohols in Gramm
- **m** die Masse der Person in Kilogramm
- **r** der Reduktions- oder Verteilungsfaktor im Körper (Männer etwa 0,7; Frauen etwa 0,6)

Der schwedische Chemiker Erik Widmark hat folgende Formel zur Berechnung aufgestellt:

$$c = \frac{A}{m \cdot r}$$

Da für die Errechnung der BAK der **Gehalt an reinem Alkohol in Gramm** in den Getränken bekannt sein muss, ist dieser Wert anhand der Angaben auf dem Etikett (dort in Volumenprozent angegeben) umzurechnen, wobei das spezifische Gewicht von Alkohol bei etwa 0,8 g/ccm liegt. Diese Berechnungsformel lautet:  
Alkoholgehalt in Volumenprozent  
x Volumen in ccm x 0,8 g/ccm  
= Alkohol in Gramm

$$\text{Menge in ml} \times \frac{\text{Volumenprozent}}{100} \times 0,8 = \text{Gramm reiner Alkohol}$$

Beispiel für ½ Liter Bier mit 4,8 Volumenprozent: 500 ccm x 4,8 : 100 x 0,8 = 19,2 g Alkohol

Zwei anschauliche Beispiele für die Widmark-Formel:

**Frau** Müller-Thurgau wiegt 60 kg, sie trinkt ein „Viertel“ (250 ccm) Wein (ca. 11 Volumenprozent).

Wie viel Alkohol ist dieses in Gramm?  
250 x 11:100 x 0,8 = 22 g Alkohol

Wie viel Blutalkoholkonzentration liegt vor?  $22 : (60 \times 0,6) = 0,61$  Promille

**Herr** Thurgau wiegt 80 kg, er trinkt „zwei Halbe“ (1000 ccm) Bier (ca. 4,8 Volumenprozent).

Wie viel Alkohol ist dieses in Gramm?  
1000 x 4,8 : 100 x 0,8 = 38,4 g Alkohol

Wie viel Blutalkoholkonzentration liegt vor?  $38,4 : (80 \times 0,7) = 0,685$  Promille

## Prävention des riskanten Alkoholkonsums im Straßenverkehr

Wenn die Suchtprävention am Arbeitsplatz einen größeren Stellenwert bekommen soll, muss bei aufklärender Arbeit auch an das Thema „Substanzkonsum im Straßenverkehr“ gedacht werden. Allen Beschäftigten, vor allem den Auszubildenden des Betriebes sollten noch einmal die gesetzlichen Grundlagen aufgezeigt werden – selbst wenn davon auszugehen ist, dass die Fahrschulen diesbezüglich Aufklärung betreiben. Die Motivation, für den Erhalt des Führerscheins auch einen risikoarmen Konsum von Alkohol anzustreben, gilt nicht nur für junge Menschen. Abgesehen von der gezielten Information zur Aufklärung sollte es für den Arbeitgeber auch ein Ansporn sein, bei betrieblichen Festen und Feiern entsprechend vorzusorgen. Hier heißt Vorsorge: Kein Beschäftigter verlässt das Unternehmen mit dem eigenen Fahrzeug in alkoholisiertem Zustand und verstößt damit gegen die gesetzlichen Regelungen. Diese Fürsorge muss umso mehr für junge Beschäftigte greifen, die gegebenenfalls sogar noch der 0-Promille-Grenze unterliegen.

## Punktnüchternheit – ein Konzept mit Überzeugungscharakter

Das Konzept der Punktnüchternheit, das seit Ende der 90er Jahre in Deutschland – initiiert durch die Weltgesundheitsorganisation – propagiert wird, bietet sich besonders gut für die betriebliche Suchtprävention an, zeigt es doch Situationen auf, in denen auch selbst ein risikoarmer Alkoholkonsum unangebracht ist.

Punktnüchternheit als gesellschaftliches Gesamtkonzept bedeutet:

- Kein Alkohol in der Schwangerschaft und in der Stillzeit
- Kein Alkohol im direkten Kontakt mit Kindern
- Kein Alkohol bei akuter Erkrankung
- Kein Alkohol im Straßenverkehr
- Kein Alkohol bei der Arbeit

Punktnüchternheit am Arbeitsplatz bedeutet:

Auf Alkoholkonsum wird nicht lediglich aufgrund von Gesetzen, Weisungen und dergleichen verzichtet, sondern in erster Linie aus innerer Überzeugung in die Sinnhaftigkeit von Punktnüchternheit. Punktnüchternheit ist ein Überzeugungskonzept, das sowohl der Gesundheit der Beschäftigten als auch der Qualität der Arbeit und der Arbeitssicherheit entspricht. Es ist leichter vermittelbar als das „generelle Alkoholverbot“, das leicht auf den Widerstand der Beschäftigten stößt. Auch wenn man ein Konzept bevorzugt, das auf Einverständnis und Einsicht setzt, so ist in der Realität am Arbeitsplatz ein Alkoholverbot nicht selten.

## Wann sind direkte und indirekte „Alkoholverbote“ möglich?

Die Wirkung von Alkohol kann sich unstrittig negativ auf die Abläufe in der Arbeitswelt auswirken. Dabei ist es gleichgültig, ob er während der Arbeitszeit oder zeitlich so vor Arbeitsbeginn konsumiert wird, dass er in sie hineinwirkt. Daher ist es naheliegend, nicht nur auf eine freiwillige Konsumbeschränkung zu setzen, sondern auch auf gesetzliche und vertragliche Verbote. Diese können absolut sein, also einen vollständigen Verzicht verlangen, als auch relativ, d.h., es sind nur solche Alkoholmengen erlaubt, die sich nicht auf die zu erbringende Arbeitsleistung schädlich auswirken. Sie können direkt wirken, also den Konsum in bestimmten Räumen oder auf dem Firmengelände verbieten. Sie können aber auch indirekt zur Wirkung kommen, z. B. indem eine bestimmte Tätigkeit unter Alkoholeinfluss verboten ist oder lediglich die Abgabe von Alkohol in der Kantine untersagt ist. Der langjährig in der Suchtarbeit tätige Jurist Lothar Rimpl führt dazu aus: Alkoholverbote, die sich auf und in der Arbeitswelt auswirken, können auf folgenden Grundlagen beruhen:

1 In Form von **Gesetzen** durch die Parlamente des Bundes und der Länder. Hier sei noch mal an die genannten Gesetze zum Führen eines Kraftfahrzeuges erinnert, die für Fahrer und Auszubildende zutreffen (Seite 15). Hinzu kommt das Abgabeverbot von Alkohol an Kinder und Jugendliche in der „Arbeitswelt“ (§ 32 JArbSchG).

2 In Form von **Verordnungen** durch Regierungen bzw. die ihnen nachgeordneten Behörden aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung. Beispiele dafür sind:

### der Bundesminister für Verkehr:

- Absolutes Alkoholverbot für Betriebspersonal/Betriebsbedienstete von O-Bussen, Bussen, Taxen, Mietwagen und Straßenbahnen (§ 8 BOKraft und § 13 BOStrab, verordnet aufgrund von § 57 PBefG).
- Absolutes Alkoholverbot für Fahrzeugführer von Gefahrguttransportern (§ 28 Nr. 13 GGVSEB - verordnet aufgrund von § 3, Abs. 1, 2 und 5; § 7a; § 5 Abs. 2 und 3 GGBefG).

### das hessische Oberbergamt:

- Absolutes Alkoholverbot für „unter Tage und im Tagebau“ (§ 12 Hess. ABV - verordnet aufgrund § 3a und § 197 Hess. ABG).

3 In Form der **Unfallversicherungsträger** (gewerbliche und landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften, Unfallkassen und Feuerwehr-Unfallkassen). Sie können gem. § 15 SGB VII als autonomes Recht Unfallverhütungsvorschriften, UVVs, erlassen, z. B. die Berufsgenossenschaften mit folgendem Wortlaut: „Der Unternehmer darf keinen Versicherten beschäftigen, der erkennbar nicht in der Lage ist, die Arbeit ohne Gefahr für sich oder andere auszuführen. Entsprechend darf sich der Versicherte nicht z. B. durch Alkoholkonsum in einen Zustand versetzen, durch den er sich oder andere gefährdet.“ (§§ 7 Abs. 2 und 15 Abs. 2 und 3 Berufsgenossenschaftliche Vorschriften - BGV - A1 - und in anderen UVVs). Hieraus allein lässt sich noch nicht zwangsläufig ein Alkoholverbot ableiten, denn mit geringen Blutalkoholwerten können Versicherte vielfach die Arbeit noch ausführen, ohne eine Gefahr für sich oder andere darzustellen.

Anders ist es, wenn bereits geringste Mengen Alkohol eine entsprechende Gefahr darstellen, wie z. B. beim Umgang mit krebserregenden oder anders gefährlichen Stoffen. Hier kommen das ChemG (siehe § 19 Abs. 1) und die darauf beruhende GefStoffV (siehe § 14) zum Tragen. So hat z. B. die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Mittel- und Ostdeutschland unter Bezug auf die GefStoffV eine UVV erlassen (VSG 4.5). In dieser wird unter § 4 für die Arbeit mit Kalkstickstoff der Konsum von Alkohol vor, während und nach der Tätigkeit ausgeschlossen.

Ein Alkoholverbot einschließlich anderer berauschender Mittel enthalten auch die Unfallverhütungsvorschriften für Wach- und Sicherheitsdienste (§ 5 BGV C 7).

### Alkoholverbote durch den Arbeitgeber

Der Arbeitgeber kann bzw. muss mittels seines Direktionsrechtes Weisungen an die Arbeitnehmer erteilen, nicht nur um deren Leistungspflicht zu konkretisieren, sondern auch um sie vor gesundheitlichen Gefährdungen und Arbeitsunfällen zu schützen. Er kommt u.a. damit seiner Fürsorgepflicht nach. Die rechtlichen Grundlagen für das Weisungsrecht des Arbeitgebers finden sich in § 106 GewO, § 315 BGB und den §§ 242, 617, 618 BGB (Fürsorgepflicht) sowie den entsprechenden anderen zum Teil o.g. arbeitsrechtlichen Vorschriften. Die Weisungen dürfen nicht gegen den Arbeitsvertrag bzw. die Betriebsvereinbarungen, Tarifverträge oder gesetzliche Bestimmungen verstoßen. Stets ist zu beachten: Der Arbeitnehmer (bzw. die Arbeitnehmerin) schuldet vertraglich eine Arbeitsleistung und keine Abstinenz bzw. Mäßigung. Sein Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit gilt auch in der Arbeitswelt, wie § 75

Abs. 2 Satz 1 Betr. VG eigens hervorhebt. Der Arbeitgeber kann durch Weisung ein Alkoholverbot aussprechen, wenn es sich um Tätigkeiten handelt, bei denen schon geringfügige Unaufmerksamkeiten zu starken Gefährdungen führen können, bzw. wenn die Weisung im erforderlichen Zusammenhang mit den Unterweisungen und Unterweisungen gem. § 14 GefStoffV steht.

Auch § 3 ArbSchG kann, bei Vorlage einer entsprechenden Gefährdungsbeurteilung, eine solche Maßnahme stützen. Das gilt insbesondere dann, wenn vorangehende, weniger einschneidende Maßnahmen nicht den erforderlichen Erfolg gebracht haben und dieses durch Evaluation belegt ist.

Konsumbeschränkungen sind insbesondere bei gefahrgeneigten Tätigkeiten angezeigt.

### Gefahrgeneigte Tätigkeiten sind zum Beispiel:

- Steuerung von Dienstkraftfahrzeugen
- Arbeiten, bei denen persönliche Schutzausrüstung vorgeschrieben ist
- Arbeiten mit hochwertigen Geräten und Anlagen wie z. B. Laser, Radioaktivität
- Arbeiten an elektrischen Anlagen und Geräten
- Wartungs- und Reparaturarbeiten an Anlagen, Geräten, Maschinen, Motoren, die nur durchgeführt werden können, wenn Schutzeinrichtungen abgeschaltet werden
- Kälte- oder Hitzearbeiten
- Arbeiten in Bereichen, bei denen besondere Stolper-, Rutsch- und Absturzgefahren bestehen



Soweit es bei diesen Weisungen nicht lediglich um die Konkretisierung der Arbeitspflicht einzelner Arbeitnehmer, sondern um die Gestaltung der betrieblichen Ordnung geht, ist der Betriebsrat – so vorhanden – zu beteiligen (§ 87 Abs. 1, Nr. 1 BetrVG).

Schon wegen der schwierigen Abgrenzung zwischen mitbestimmungsfreien und mitbestimmungspflichtigen Alkoholverboten empfiehlt es sich, bei ihrer Einführung möglichst den Betriebsrat zu beteiligen und im Dissens die Einigungsstelle anzurufen. Aber auch einvernehmliche Regelungen haben sich an höherwertigem Recht zu orientieren, zumal der Arbeitgeber und der Betriebsrat „die freie Entfaltung der Persönlichkeit der im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer zu schützen und zu fördern“ haben. Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte (§ 75 Abs. 2 BetrVG) können also schon deshalb unzulässig sein. Maßstab ist die Frage, ob die Betriebsvereinbarung verhältnismäßig, geeignet, erforderlich und unter Berücksichtigung der Freiheitsrechte angemessen ist.

Ein Alkoholverbot kann sich auch indirekt aus dem Arbeitsvertrag ergeben, in dem sich der Arbeitnehmer zur Erbringung bestimmter Leistungen verpflichtet. Er darf sich demzufolge nicht in einen Zustand versetzen, in dem er die geschuldete Leistung nicht erbringen kann. Es handelt sich hier um eine vertragliche Nebenpflicht gemäß § 241 und § 242 BGB.

Alkoholverbote können auch einzelvertraglich zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer vereinbart werden. Die Summierung solcher Einzelvereinbarungen darf aber nicht zu einer Aushöhlung des Mitbestimmungsrechtes des Betriebsrates führen.

Die Entscheidungsträger im Betrieb sollten das Alkoholverbot nicht als ihren Beitrag zur Suchtprävention sehen. Überzeugungskonzepte wie die bereits beschriebene „Punktnüchternheit“ entsprechen den Standards zur betrieblichen Suchtprävention und Hilfe. Auf jeden Fall ist die isolierte Maßnahme eines Verbotes nicht ausreichend, es bedarf mindestens der Ergänzung durch Angebote zur Hilfe für substanzbedingt auffällige Beschäftigte.

#### Abkürzungsverzeichnis

**ArbSchG:** Arbeitsschutzgesetz  
**ArbStättenV:** Verordnung über Arbeitsstätten  
**BAK:** Blutalkoholkonzentration  
**BetrVG:** Betriebsverfassungsgesetz  
**BGB:** Bürgerliches Gesetzbuch  
**BGV:** Berufsgenossenschaftliche Vorschriften  
**BOKraft:** Verordnung über den Betrieb von Kraftfahrunternehmen im Personenverkehr  
**BOStrab:** Verordnung über den Bau und Betrieb der Straßenbahnen  
**ChemG:** Chemikaliengesetz  
**GefStoffV:** Gefahrstoff-Verordnung  
**GewO:** Gewerbeordnung  
**GGBefG:** Gefahrgutbeförderungsgesetz  
**Hess. ABG:** Allgemeines Berggesetz, Land Hessen  
**Hess. ABV:** Allgemeine Bergverordnung, Land Hessen  
**JuSchG:** Jugendschutzgesetz  
**JArbSchG:** Jugendarbeitsschutzgesetz  
**PBefG:** Personenbeförderungsgesetz  
**GGVSEB:** Verordnung über die innerstaatliche und grenzüberschreitende Beförderung gefährlicher Güter auf der Straße, mit Eisenbahnen, auf Binnengewässern  
**SGB VII:** Sozialgesetzbuch 7; Gesetzliche Unfallversicherung  
**StGB:** Strafgesetzbuch  
**StVG:** Straßenverkehrsgesetz  
**VSG:** Vorschriften für Sicherheit und Gesundheitsschutz  
**UVV:** Unfallverhütungsvorschriften

#### Welche Definitionen gibt es für die Alkoholkrankheit?

Alkoholkrank ist jemand, der

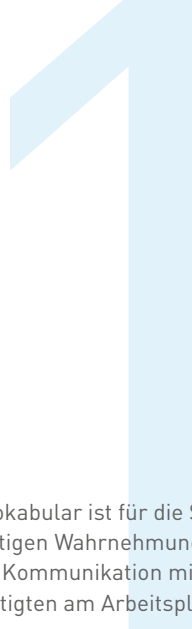
- nicht auf Alkohol verzichten kann – **Abstinenzverlust**
- zwar auf Alkohol verzichten kann, aber die Alkoholmenge nicht mehr kontrollieren kann, wenn er/sie angefangen hat zu trinken – **Kontrollverlust**

Seit 1968 gibt es das Urteil des Bundessozialgerichts: „Trunksucht ist eine Krankheit.“ Der **Abstinenzverlust** und der **Kontrollverlust** werden hierbei als Kriterien zugrunde gelegt. Für den Laien ist es in der Regel nicht erkennbar, ob jemand bereits alkoholkrank oder stark gefährdet ist. Es ist ein schleichender Übergang vom Alkoholmissbrauch zur Abhängigkeit.

Alkoholgefährdet oder alkoholkrank ist,

- wer bei seelischen Spannungen nach Alkohol verlangt
- wer sich ohne einige Gläser Alkohol am Tag nicht wohl fühlt
- wer anfängt, heimlich und allein zu trinken
- wer morgens häufig Alkohol trinkt
- wer nach wenig Alkohol ein gesteigertes Verlangen nach mehr verspürt
- wer Zittern und Unruhe durch Alkohol zum Verschwinden bringt
- wer das Trinken von selbst nicht aufgeben kann
- wer durch sein gewohnheitsmäßiges Trinken seine Organe schwächt und sein Wesen verändert
- wer durch das Trinken sich selbst und seine Umwelt schädigt und seine Beziehung zum Mitmenschen stört

Die genauen diagnostischen Kriterien sind in den beiden internationalen Diagnosehandbüchern DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) und ICD-10 (International Classification of Diseases) nachzulesen. Im Internet zu finden unter: [www.psychologynet.org/dsm.html](http://www.psychologynet.org/dsm.html) und [www.who.int/classifications/icd](http://www.who.int/classifications/icd) (Stand 12/2010)



## Achtung bei der Verwendung verschiedener Begriffe am Arbeitsplatz

Die Begriffe „Alkoholkrankheit“, „Alkoholabhängigkeit“ oder „Alkoholmissbrauch“ sind Begriffe, die mit o.g. Diagnosemanual unterlegt sind. Sie werden von den entsprechenden Akteuren wie Medizinern, Psychologen und deren Assistenzberufen verwandt. Die Definitionen sind wichtig im Kontext von Beratung und Behandlung. Hier haben sie ihren berechtigten Platz.

Am Arbeitsplatz sollen und können keine Diagnosen gestellt werden. Der Versuch, Beschäftigten ein Krankheitsbild zu unterstellen, wird in der ausgeprägten Form auch nur beim Alkoholismus versucht – bei anderen Krankheiten sind Laien vorsichtiger. Gleichzeitig mit der Verwendung des Begriffes „Alkoholismus“ signalisieren Führungskräfte aber auch, dass sie sich überfordert fühlen, den Abhängigkeitsgrad eines Mitarbeiters zu beurteilen. Da die Betriebs-/Dienstvereinbarungen, BV bzw. DV, vielfach umfangreiche Ausführungen zum Thema „Krankheit und Missbrauch“ machen und den Begriff wiederholt verwenden, lenken sie gezielt den Blick der Personalverantwortlichen auf die „Spitze des Eisberges“. Nicht frühzeitige Intervention bei ersten Auffälligkeiten findet statt, sondern spätes Reagieren, wenn das Händezittern des Mitarbeiters als eindeutiges Zeichen seiner Abhängigkeit gewertet wird. Erklärtes Ziel einer BV/DV ist immer die **frühzeitige Hilfe** für auffällige Beschäftigte.

Das bisherige Vokabular ist für die Schärfung der frühzeitigen Wahrnehmung und zweitens für die Kommunikation mit auffälligen Beschäftigten am Arbeitsplatz nicht hilfreich!

Nützlicher ist es, vom risikoarmen, riskanten und schädlichen Konsum zu sprechen. In der Vorbeugung geht es darum, mit einer positiven Formulierung im Sinne der Gesundheitsförderung „den bewussten und risikoarmen Konsum zu stärken“, statt den „Alkoholmissbrauch zu bekämpfen“. In der Kommunikation mit auffälligen Beschäftigten wird in erster Linie der Begriff „riskanter Konsum“ benutzt, wenn es zu Auffälligkeiten am Arbeitsplatz gekommen ist. Bei der Verwendung dieses Vokabulars sind weniger Diskriminierung und Moral im Spiel, die Gespräche können dadurch konfliktfrei verlaufen.

Die wiederholte Verwendung der wertfreien Begrifflichkeiten trägt dazu bei und unterstützt die betreffende Person, die eigene Wahrnehmung möglicher Veränderung entsprechend früher zuzulassen, weil niemandem ein Krankheitsbild unterstellt werden muss.

## Woran erkenne ich Beschäftigte, die Alkoholprobleme haben?

Es ist Hilfe und ein Gebot der Fürsorge, Beschäftigte mit Auffälligkeiten, die eine Vermutung nahelegen, dass riskanter oder sogar schädlicher Alkoholkonsum vorliegt, am Arbeitsplatz anzusprechen. Daher ist es notwendig und legitim, Auffälligkeiten zu benennen, die den Blick der Führungskräfte schärfen. Nach einer Beobachtungsphase, die eine realistische Wahrnehmung ermöglicht, kommt im zweiten Schritt die Bewertung des auffälligen Verhaltens.

Die Bewertung der Beobachtungen durch die zuständige Führungskraft entscheidet dann darüber, welches der möglichen Gespräche (siehe Seite 48 ff) angezeigt ist. Beginnen wir zunächst mit dem ersten Schritt, die Wahrnehmung schärfen.

Beschäftigte, die Alkoholprobleme haben, können in mehreren Bereichen auffällig werden: in der Arbeitsleistung und Arbeitshaltung, im Sozialverhalten sowie im Gesundheitsverhalten und äußerem Erscheinungsbild.

## Mögliche Auffälligkeiten im Arbeitsverhalten

- bei flexiblen Arbeitszeiten häufen sich die Minusstunden über das vom Arbeitgeber zugestandene Maß
- unentschuldigtes Fehlen, das nachträglich mit einem Urlaubstag abgegolten werden soll
- fehlerhafte Arbeitsergebnisse und Arbeitsrückstände
- aktive Phasen mit nachfolgendem deutlichem Leistungsabfall
- uninteressiert an Arbeitsabläufen oder auch überengagiert, d.h. Arbeitsvorhaben nicht aus der Hand gebend
- mit vielen Arbeitsaufgaben gleichzeitig beschäftigt, aber nicht nachvollziehbar für Dritte
- Termine werden versäumt, Unzuverlässigkeiten häufen sich
- fahrig, unkonzentriert, nervös – vor allem vor Arbeitspausen und Arbeitsende
- Entfernen vom Arbeitsplatz während der Arbeit; oft irgendwie unterwegs
- vorgezogenes Arbeitsende oder auch Anhäufung von nicht vereinbarten Überstunden
- Überziehen der Pausen und unregelmäßiger Arbeitsbeginn

### Mögliche Auffälligkeiten im Sozialverhalten

- Aggressivität tritt einerseits ohne nachvollziehbaren Anlass auf, andererseits dann, wenn Kritik geäußert wird
- Person kann nicht mehr zwischen sachbezogener und persönlicher Kritik unterscheiden, bezieht zunehmend alles auf sich; eigene Fehler werden abgewehrt und geleugnet
- schuld sind auf jeden Fall die anderen, entweder konkrete Personen oder die widrigen Umstände – die Eigenverantwortung lässt erheblich nach
- Problemperson zieht sich zurück, meidet Kontakte zu anderen; in der direkten Begegnung wird der Blickkontakt vermieden oder das Gegenteil trifft zu
- Kontakte werden zu allen gepflegt, keine Gelegenheit zur Unterhaltung wird ausgelassen, vor allem Feste und Feiern ziehen die betroffene Person magisch an
- häufig werden einige wenige Kontaktpersonen gesucht und gefunden, denen Einblicke in das Privatleben gewährt werden, auf der Suche nach Trost, Mitleid und Verständnis
- in Konfliktsituationen, in denen sich die oder der Betreffende in die Enge getrieben sieht, kann es zu erpresserischem Verhalten kommen – gelegentlich werden sogar Selbstmordgedanken geäußert
- wenn das Geld immer knapper wird, werden Kolleginnen und Kollegen um finanzielle Unterstützung gebeten
- im Laufe der gesamten Wesensveränderung tritt zunehmend ein negatives Denken für alle Lebensbereiche auf, verbunden mit einer restriktiven Haltung zu allgemein gesellschaftspolitischen Fragestellungen

### Auffälligkeiten im Gesundheitsverhalten und äußerem Erscheinungsbild

- häufige Fehltage, die als Kurzerkrankungen ohne ärztlichen Nachweis meistens durch Dritte entschuldigt werden
- unentschuldigtes Fehlen, das nachträglich mit einem Urlaubstag abgegolten werden soll
- fehlerhafte Arbeitsergebnisse und Arbeitsrückstände
- aktive Phasen mit nachfolgendem deutlichem Leistungsabfall
- uninteressiert an Arbeitsabläufen oder auch überengagiert, d.h. Arbeitsvorhaben nicht aus der Hand gebend
- mit vielen Arbeitsaufgaben gleichzeitig beschäftigt, aber nicht nachvollziehbar für Dritte
- Termine werden versäumt, Unzuverlässigkeiten häufen sich
- fahrig, unkonzentriert, nervös – vor allem vor Arbeitspausen und Arbeitsende
- Entfernen vom Arbeitsplatz während der Arbeit; oft irgendwie unterwegs
- vorgezogenes Arbeitsende oder auch Anhäufung von nicht vereinbarten Überstunden
- Überziehen der Pausen und unregelmäßiger Arbeitsbeginn

Die Auffälligkeiten müssen nicht alle gleichzeitig auftreten, oft fehlt sogar das eindeutigste Merkmal – nämlich die Fahne. Das Fehlen der Fahne erschwert das Handeln, aber es darf nicht die Interventionen verhindern. (Zur Erinnerung: Es geht nicht um „das Diagnostizieren von Alkoholismus“!)

Die Wahrnehmung von Veränderungen einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters sollte frühzeitig Anlass für ein Gespräch sein. Auch Beschäftigte, die durch tragische private Umstände in Krisen geraten sind und über einen längeren Zeitraum massive Veränderungen zeigen, brauchen den Hinweis auf ihr jetziges Arbeits- und Sozialverhalten. Sie müssen wissen, wie sie von anderen gesehen und erlebt werden. Personalverantwortliche haben hier die Möglichkeit, durch Fürsorgegespräche einer Chronifizierung des Geschehens vorzubeugen. Es gibt Beratungsangebote, wie z. B. Ehe-, Lebens- und Erziehungs-

beratungsstellen, die diesen Personen ein Hilfeangebot machen können. Oft ermöglichen erst die Rückmeldungen der Umgebung die Annahme von Hilfe. Die Person selber sieht eventuell die verfahrenere Situation und deren Auswirkungen auf die Arbeit und den Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen nicht mehr realistisch.

Jene Beschäftigten, die an dieser Stelle immer wieder Zweifel anmelden, ob ein Ansprechen der Person gerechtfertigt sei, sollen ermutigt werden, Verantwortung zu übernehmen. Die Sorge, es handelt sich hierbei um Denunziation, muss natürlich abgewogen werden. Sie darf aber nicht als Schutzbehauptung dienen und jedes sinnvolle Handeln unterbinden. Ehemals abhängige, jetzt trockene Alkoholiker weisen immer wieder darauf hin, wie wichtig die Gespräche am Arbeitsplatz für sie waren. Leider, so ihre Erfahrungen, erfolgten diese Rückmeldungen über ihre augenfälligen Veränderungen häufig erst sehr spät.

## Der Entscheidungsprozess

„Muss ich was tun oder ist es nur eine vorübergehende Krise?“ Die Führungskraft wird sich in dieser Zweifelsituation ein konkretes Bild verschaffen wollen. Eine Hilfe kann eine Bestandsaufnahme

sein: „Wie waren Arbeitsleistung, Sozialverhalten dieses auffälligen Beschäftigten noch vor zwei Jahren und wie ist das Verhalten im Vergleich dazu heute?“

### Rückblick: vor etwa ein bis zwei Jahren

#### Soziale Kontakte

- War die Person integriert unter den Kolleginnen und Kollegen?
- Gab es engere, persönliche Kontakte zu Einzelnen im Kollegenkreis?
- Habe ich als Führungskraft auch gelegentlich ein persönliches Wort mit der/dem Betroffenen gesprochen?
- Pfl egte die Person auch Kontakte zu anderen Abteilungen mit gleichzeitiger Erledigung ihrer Arbeitsaufgaben?
- Etc.

#### Arbeitshaltung

- Wie aufnahmefähig und motiviert war die Person vor Arbeitspausen und Arbeitsende?
- Wie schnell wurden Arbeitsaufträge erledigt?
- Machte die betroffene Person konstruktive Verbesserungsvorschläge?
- Hätten Sie die Person im Rahmen der Personalentwicklung gerne gefördert?
- Hätten Sie – ohne Bedenken – dem Antrag auf Weiterbildung zugestimmt?
- Waren Kundenkontakte unkompliziert?
- Etc.

### Bestandsaufnahme: Verhalten heute

#### Soziale Kontakte

- Arbeitet die betroffene Person zurückgezogen? Nimmt sie noch an gemeinsamen Aktivitäten teil?
- Sind freundschaftliche Kontakte am Arbeitsplatz noch vorhanden?
- Entzieht sie sich der Führungskraft und lässt persönliche Fragen nicht mehr zu?
- Gibt es Gerede hinter ihrem Rücken?
- Möchte keiner mit ihr gemeinsam Arbeitsaufgaben erledigen?
- Ist die Person distanzlos, d. h., erzählt sie jedem immerzu Persönliches?
- Etc.

#### Arbeitshaltung

- Würden Sie mit einer „kniffligen“ Fragestellung kurz vor Arbeitsende zur betroffenen Person gehen?
- Müssen Sie jetzt die Erfüllung von termingebundenen Aufgaben anmahnen?
- Fragen Sie sich heute, ob sich die beantragte Weiterbildung für die betroffene Person lohnt?
- Halten Sie die betroffene Person jetzt häufiger von Kundenkontakten fern, weil Sie Zweifel am Auftreten haben? Gibt es vielleicht sogar schon eine Kundenbeschwerde?
- Etc.

#### Arbeitsleistung

- Wurde die/d der Betroffene in der Arbeitsaufteilung gleichwertig mit Aufgaben betraut? Haben Sie sogar gelegentlich die Obergrenze der Aufgabenbeschreibung aus dem Arbeitsvertrag genutzt?
- War die/d der Betroffene bei der Erledigung von Sonderaufgaben hilfreich?
- Hatten Sie keine Bedenken bei der Ausübung gefahrgeneigter Tätigkeiten bei der Person?
- Kam sie mit dem eigenen Pkw zur Arbeit und benutzte diesen gelegentlich auch im Auftrag des Arbeitgebers?
- Etc.

#### Gesundheit

- Gab es durchschnittliche Fehlzeiten oder vielleicht sogar kaum krankheitsbedingte Fehlzeiten?
- Sah die betroffene Person gesund aus?
- Wenn Krankheiten vorkamen, sprach sie im Kollegenkreis darüber?

Im konkreten Fall bietet es sich für die Führungskraft an, diese Fragen schriftlich auf zwei Blättern zu beantworten und die Ergebnisse zur Gegenüberstellung zu nutzen. Nicht selten „kommt man sich dabei selber auf die Schliche“, das heißt, der/die Vorgesetzte hat sein/ihr eigenes Handeln schon auf die Unzulänglichkeiten der betroffenen Person abgestellt. Er spricht diese nicht mehr zu Zeiten an, die eine unwirsche Reaktion erwarten lassen, oder der Spielraum in der Arbeitsplatzbeschreibung des Mitarbeiters /der Mitarbeiterin wird nur noch im unteren Bereich

#### Arbeitsleistung

- Geben Sie immer häufiger Routinearbeiten an die/den Betroffene(-n), damit weniger Fehler passieren?
- Fragen Sie sich öfter: „Wie ist die betroffene Person heute drauf: gut oder eingeschränkt? Verteilen Sie dementsprechend Aufgaben?
- Haben Sie die Arbeitsmenge bereits reduziert?
- Lassen Sie für die betroffene Person nur noch Arbeiten zu, die keine Sicherheitsrisiken bergen?
- Sind Sie verunsichert, wenn Sie sehen, dass die Betroffene mit dem eigenen Pkw vom Hof fährt?

#### Gesundheit

- Wie ist der Krankenstand im letzten halben Jahr?
- Gibt das äußere Erscheinungsbild Anlass zur Sorge?
- Sind häufige Krankmeldungen von unterschiedlichen Ärzten ausgestellt?

gesehen (Routinearbeiten). In dieser Situation stellt sich für die Führungskraft dann konkret die Frage: „Will ich mein Handeln von der auffälligen Person bestimmen lassen, wie lange noch? Oder versuche ich, die Situation durch Ansprechen der Auffälligkeiten aktiv zu verändern?“

Der Reflexion über die Veränderung des Mitarbeiters /der Mitarbeiterin ist immer eine Beobachtungsphase vorgeschaltet. Kommt es zu einem negativen Resümee, dann fällt es schwer, diese Situation weiter zu ignorieren oder eventuell sogar zu ertragen.

## Was kann Führungskräfte hindern, Auffälligkeiten wahrzunehmen?

Ob Auffälligkeiten von Beschäftigten mit Alkoholproblemen wahrgenommen werden, hängt davon ab:

- ob die Führungskraft selber mögliche Auffälligkeiten kennt und bereit ist, Veränderungen der Betroffenen wahrzunehmen und anzusprechen;
- welcher Bewertungsmaßstab – wann ist was auffällig? – in der Organisation vorliegt;
- ob das direkte Umfeld der Betroffenen die Wahrnehmung von Auffälligkeiten zulässt.

### Wahrnehmungen der Führungskraft

Die eigene Wahrnehmung kann beeinträchtigt sein durch Vorinformationen zu einer Person. Ist die Vorinformation positiv, so werden die Anlässe besonders gespeichert, die diese Information verstärken. Ist die Vorinformation eher negativ, werden gehäuft Situationen wahrgenommen, die eine Bestätigung dieser Mitteilung darstellen. Vor diesem Hintergrund sind Beurteilungen und Weiterempfehlungen für den nächsten Arbeitsplatz von besonderer Bedeutung. Oft werden Personen mit Alkoholproblemen und damit verknüpften Arbeitspflichtverletzungen von einer Abteilung zur nächsten versetzt, ohne den Grund der Versetzung zu benennen. Die Hoffnung, dass der neue Arbeitsplatz und das veränderte kollegiale Umfeld der Person helfen, ihr Problem in „den Griff zu bekommen“, wird in der Regel nicht eingelöst. Im Gegenteil, an dem neuen Arbeitsplatz werden Auffälligkeiten wieder sichtbar. Bevor die Person auf ihre (Alkohol-)Probleme angesprochen wird,

vergehen erneut Wochen und Monate. Dieses ist zum Nachteil der Betroffenen, da sich ihr Alkoholmissbrauch manifestieren kann. Sofern es zu häufigeren Versetzungen kommt, erfolgt oftmals über Jahre keine notwendige Intervention. Führungskräfte, die bei einer neuen Mitarbeiterin oder einem neuen Mitarbeiter Auffälligkeiten wahrnehmen, die ein Alkoholproblem nahelegen, sollten nicht warten, bis sie sich ganz sicher sind. Sie könnten die Person fragen, warum sie ihren Arbeitsplatz gewechselt hat. Wenn ein Suchtmittelproblem vermutet wird, sollten Vorgesetzte nicht die Lösung in einer Versetzung, sondern in der direkten Ansprache sehen. Erst müssen die Auffälligkeiten abgestellt werden, dann kann ggf. immer noch über eine Versetzung nachgedacht werden.

Die eigene Einstellung zum Alkoholkonsum und -missbrauch ist der Maßstab, mit dem Abweichungen wahrgenommen werden. Wenn die Führungskraft es als unerheblich betrachtet, dass ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin gelegentlich „über die Stränge schlägt“ und mit Restalkohol die Arbeit antritt, wird sie sich nicht aufgefordert fühlen, dagegen Einwände zu erheben. Geht die Führungskraft selber einem risikoarmen Konsum nach, dann wird sie eher eine kritischere Haltung einnehmen, und daraus folgend ist mit einer früheren Intervention zu rechnen.

## Bewertungsmaßstäbe innerhalb der Organisation

Wenn die Unternehmensleitung und die Arbeitnehmervertretung klare Absprachen über Alkoholkonsum am Arbeitsplatz und den Umgang mit alkoholauffälligen Beschäftigten haben, kann frühzeitig und gezielt Hilfe angeboten werden. Schwieriger ist das Handeln für Führungskräfte

In einem Betrieb, der Wert auf das Image nach außen und auf Personalpflege und damit gesunde und nüchterne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter legt, ist eine entsprechende Reaktion des /der Vorgesetzten bei häufig auftretender Alkoholfahne erwünscht. Eine Firma, die selber noch den Verkauf von alkoholischen Getränken in der Kantine zulässt, bringt Personalverantwortliche in eine verzwickte Lage. Vorgesetzte, die die Fahne am Arbeitsplatz „etwas enger sehen“, müssen sich nicht nur der Abwehrreaktion der Problemperson stellen, sondern auch die Kritik der anderen Vorgesetzten hinnehmen, weil sie aus deren Sicht überreagieren.

in Betrieben, in denen es unklar ist, was toleriert werden kann. Ohne vereinbarte Regelungen können die Verantwortlichen in der Bewertung von auffälligem Verhalten „Lichtjahre“ voneinander entfernt sein.

Für das persönliche Weiterkommen ist die Bewertung des eigenen Handelns durch die Führungskräfte entscheidend. Wann werden Vorgesetzte belohnt? Wenn sie bei Problemfällen aktiv werden und notfalls auch andere Funktionsträger in die Lösung des Konfliktes einbeziehen oder wenn sie einen „Deckmantel des Schweigens“ über schwierige Situationen legen? Nicht selten werden Handelnde als „trouble-maker“ gekennzeichnet und selbst zu Störenfriedern erklärt. Andere Vorgesetzte, die schwierige Fälle „wegloben“, haben es leichter und stehen selber nicht in der Kritik. Es liegt auf der Hand, dass Personalverantwortliche bei diesem Bewertungsmaßstab mitunter erst handeln, wenn sich alle in ihrer Umgebung einig sind.

Früherkennung von Problemfällen ist nur dort möglich, wo ein Problembewusstsein für die Thematik vorhanden ist und konfliktfähige Führungskräfte entsprechend gewürdigt werden.

### Das direkte Umfeld von Betroffenen

Das direkte Umfeld schirmt die Betroffenen in der Regel ab, kaschiert Fehler und leistet Mehrarbeit, damit die Probleme der Person unentdeckt bleiben. Manchmal wird so lange gedeckt, bis sich das problematische Verhalten verfestigt hat und die betroffene Person so belastend wird, bis das direkte Umfeld an der Situation zerbricht. Dieser Entwicklungsprozess dauert unterschiedlich lange. Je nach Beliebtheitsgrad der Betroffenen ist die Toleranzschwelle früher oder später erreicht. Erst wenn die Kolleginnen und Kollegen nicht mehr bereit sind, das fehlerhafte Verhalten mitzutragen, wächst die Bereitschaft, den Vorgesetzten etwas merken zu lassen. Ohne diese Bereitschaft ist die Wahrnehmung für die Führungskraft eingeschränkt. Da das Verhalten des Teams einen entscheidenden Einfluss auf eine konstruktive Lösung hat, wird die Frage „Warum unternimmt keiner etwas? Es wissen doch alle Bescheid!“ eigens thematisiert.

### Warum unternimmt keiner etwas? Es wissen doch alle Bescheid!

Es gibt zahlreiche Gründe, eine /einen Alkoholauffällige/Alkoholauffälligen in der Arbeitsgruppe zu halten. Die Übernahme verschiedener Funktionen macht sie /ihn zu einem Gruppenmitglied, das gebraucht wird:

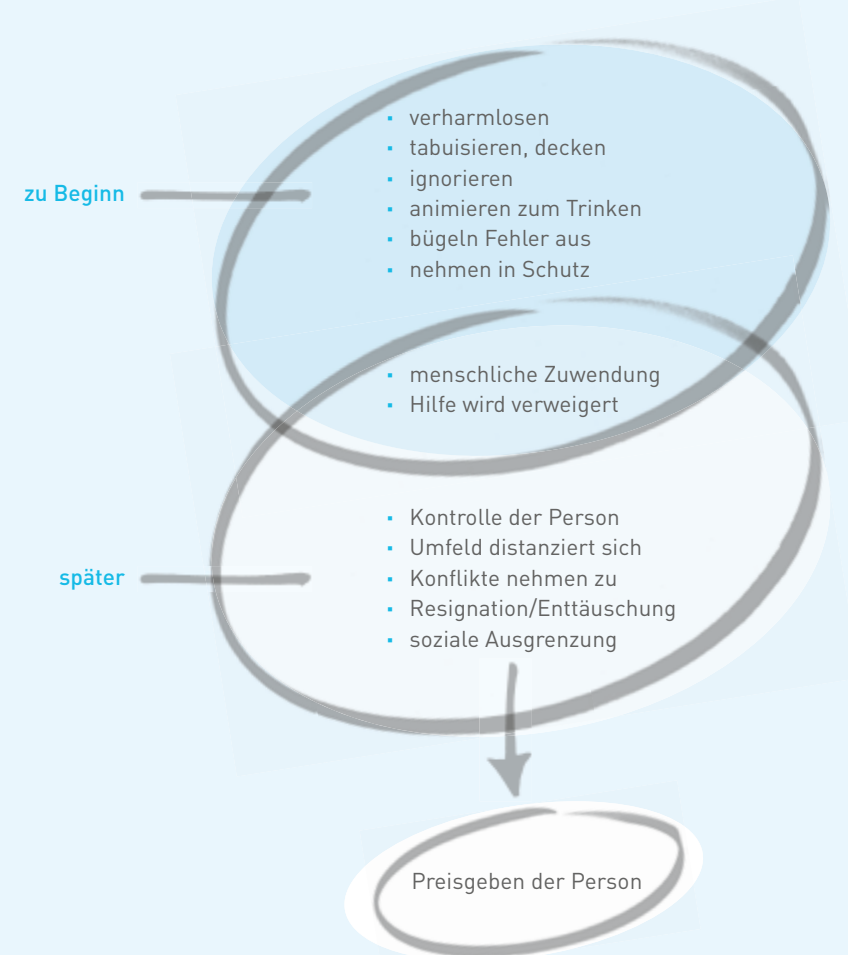
- Der Sündenbock/das schwarze Schaf: Die Fehler, die in der Arbeitsgruppe passieren, gehen auf das Konto des Problemfalles, Unzulänglichkeiten der anderen bleiben unsichtbar.
- Der Stimmungsmacher: Schlechte Arbeitsatmosphäre, Streitigkeiten und Unmut sind auf den Betroffenen zurückzuführen. Oder umgekehrt, die Problemperson ist für die Späße und die Belustigungen der anderen zuständig.
- Der Erfüllungsgehilfe: Unliebsame Arbeiten können auf Betroffene übertragen werden, da ihr schlechtes Gewissen eine Verweigerung selten zulässt.
- Der Hilfsbedürftige: Eigene Probleme treten in den Hintergrund, weil die Probleme der alkoholauffälligen Person bearbeitet werden. Das eigene Gewissen sagt: Ich halte die Belastung mit der Problemperson aus. Ich bin hilfsbereit!
- Der Quotenhalter: Der Leistungsdruck wird relativiert durch die Toleranz, die dem Betroffenen gegenüber gezeigt wird; besser als der Betroffene bin ich allemal.

Die Kolleginnen und Kollegen in einer Gruppe reagieren nicht alle in gleicher Weise auf die betroffene Person. Je nach Nähe und Distanz, nach Zuneigung und Abneigung wird das Verhalten des Problemfalles toleriert, gedeckt oder auch kritisiert. Zu Beginn der Auffälligkeiten sind die meisten Gruppenmitglieder bereit, die betroffene Person mitzutragen, um das Gleichgewicht in der Gruppe zu halten. Wenn die Schwierigkeiten zunehmen, wenden sich mehr und mehr in der Arbeitsgruppe ab; ihre Toleranzgrenze ist erreicht. Andere stehen der Person immer noch nahe, haben Mitleid und merzen Fehler aus. Ein Ungleichgewicht in der Gruppe entsteht. Dieser Prozess belastet das Arbeitsklima, verbraucht Energien und trägt zur Minderleistung der gesamten Arbeitsgruppe bei.

Wenn in der Arbeitsgruppe zunehmend das Gespräch über, aber nicht mit dem auffälligen Mitarbeiter gesucht wird, ist noch Interesse an der Person vorhanden. Zu diesem Zeitpunkt ist zwar nicht mehr frühzeitiges Handeln, aber immer noch rechtzeitiges Eingreifen möglich.

Spätestens jetzt müssen Personalverantwortliche agieren, damit das Team arbeitsfähig bleibt und damit die betroffene Person nach erfolgreicher Beratung und ggf. Therapie wieder in die Gruppe integriert werden kann.

In dieser Situation ist das Gespräch der Führungskraft mit den direkten Kolleginnen und Kollegen zu suchen, um diese zur konstruktiven Mitarbeit zu bewegen. Für das Einbeziehen des Umfeldes ist es wichtig, sich mit den Beweggründen für das Verhalten der Einzelnen in der Gruppe zu beschäftigen.





# 1

Den Abwägungsprozess im kollegialen Umfeld zugunsten der Waagschale „Wir handeln“ zu beeinflussen, mag für die Führungskraft ein beschwerliches Vorgehen sein. Aber es lohnt sich. Beim Gespräch mit der Gruppe oder direkten Kollegen sollte der Kardinalfehler, „die Gruppe oder Einzelne über den Betroffenen auszufragen“, unterbleiben. Mit der Aufforderung: „Erzählt doch mal, was euch aufgefallen ist“, bringt man das Umfeld in die Rolle, vor der es sich am meisten scheut, nämlich „Denunziant zu sein“. Es bietet sich für die Führung eher an, eine geeignete Situation auszuwählen, in der Belastungen durch „Einspringen-Müssen für die betreffende Person“ oder Zeitdruck usw. besonders deutlich

werden. Ein Gespräch, in dem die Führungskraft die Arbeitsbelastung und die erreichte Grenze aufzeigt, lässt eventuell auch zu, dass der ständige Ausfall eines Mitarbeiters die Situation unnötig verschärft und dass eine Änderung „nottut“.

Wenn die Gruppe weiterhin den auffälligen Mitarbeiter deckt, kann der Vorgesetzte die Einschränkungen in der Arbeitsleistung nur begrenzt feststellen. Im Gespräch sollte daher für die Mitarbeit am Veränderungsprozess geworben werden. Erzwingen kann man sie nicht. Genau wie die Betroffenen selber, wägen auch die Kollegen und Kolleginnen bewusst oder unbewusst das Für und Wider ihres Handelns ab.

## Der Abwägungsprozess des Umfeldes



### Gründe, nichts zu tun

- Problemfall verdeckt eigene Schwächen
- Handeln bedeutet Engagement – Bequemlichkeit ist einfacher
- Handeln bedeutet, evtl. Konflikte mit der betroffenen Person einzugehen
- Keine Belohnung „von oben“ für anstrengendes Eingreifen
- Es gibt keine Betriebsvereinbarung, die das weitere Handeln der Vorgesetzten überschaubar macht
- Eigene Unsicherheit
- Ignoranz: „Was geht mich das an!“
- Problemfall sorgt für Unterhaltung: „Clown“
- Problemfall ist Aggressionsventil/ Klimaregler
- Gutes Gewissen: „nichts zuleide zu tun“
- Problemfall hat Fachkenntnisse und ist unentbehrlich

### Gründe zum Handeln

- Arbeitsbelastung durch Mehrarbeit
- Stimmungsschwankungen, permanente Fahne, ungepflegtes Äußeres stoßen ab
- Emotionale Belastung durch ununterbrochene Verantwortung
- Fehler senken das Image des gesamten Teams, was dann sogar die eigene Arbeitsplatzsicherheit in Frage stellt
- Schuldgefühle, „nichts zu tun“, dem Betroffenen gegenüber nehmen zu
- Wahrnehmen der Fürsorgepflicht wird „von oben“ eingefordert oder sogar gewürdigt
- Wissen um angemessenes Handeln ist vorhanden und die Weitsicht existiert: „Das Problem ist sonst nur verschoben“.
- Teamgeist und gegenseitige Wertschätzung für verantwortliches Handeln ist sicher

## Müssen Menschen mit Alkoholproblemen nicht erst in der „Gosse“ angekommen sein, bevor ihnen geholfen werden kann?

Die Anonymen Alkoholiker, eine Selbsthilforganisation für Alkoholiker, haben den Satz geprägt: „Alkoholiker müssen erst ihren persönlichen Tiefpunkt erreichen, bevor man ihnen helfen kann.“ Leider ist aus dem „individuellen Tiefpunkt“ schnell das Wort „Gosse“ geworden. Hier sei erneut gewarnt vor einer unkritischen Begriffsverwendung. „Gosse“ verstellt den Blick für die Verantwortlichen. Sie müssen nicht frühzeitig intervenieren, sondern können abwarten, bis der Betroffene dort gelandet ist. Diese Reaktion auf auffällige Mitarbeiter und

Mitarbeiterinnen kann im Unternehmen oder in der Verwaltung nicht wünschenswert sein. Oft wissen Menschen unter der Einnahme ihrer Substanzen nicht, was sie sich selber und anderen antun. Sie brauchen das Umfeld, um zu einer neuen Einschätzung ihres Handelns zu kommen. Sie brauchen den vorgehaltenen Spiegel, der ihnen zeigt, wo sie zurzeit stehen und wie sie von den anderen gesehen werden. Betroffene brauchen Rückmeldungen! Jede Person, auch jene mit Alkoholproblemen, hat unterschiedliche „Schmerzgrenzen“, was ihr eigenes Verhalten und die Reaktionen darauf betrifft.

Bildlich lässt sich diese Situation in Form eines Kruges darstellen, in den von allen am Arbeitsplatz beteiligten Personen Rückmeldungen fließen, bis der Krug voll ist. Die betroffene Person lässt uns nicht wissen, wie groß ihr Krug ist und wie viele Rückmeldungen vielleicht aus dem privaten Bereich bereits vorhanden sind. Mit jeder Rückmeldung füllen wir den Krug. Betroffene werden uns nur verschlüsselt erleben lassen, wie stark sie die einzelne Mitteilung berührt hat. Massive Abwehr des Angesprochenen kann ein Indiz dafür sein, dass bereits viel „in den Krug geflossen“ ist.



## Wie sind die Reaktionen der Betroffenen einzuschätzen?

Häufig sind Kolleginnen und Kollegen enttäuscht, weil die betroffene Person so uneinsichtig ist. Sie fühlen sich nach einem Gespräch mit ihr ohnmächtig. Sie glauben, durch ihre Intervention nichts erreicht zu haben. Der Problemfall hat es durch seine Gegenwehr geschafft, sie zu entmutigen. Genau diese Reaktion ist das Ziel der Betroffenen: Menschen, deren unangenehme Rückmeldungen ihnen „weh tun“, auf Distanz zu bringen. Sie wehren die Intervention ab, damit ein weiteres Intervenieren vorerst unterbleibt. Der Abwehr nachzugeben, ist falsch, denn dann verzögert sich der Veränderungsprozess. Andere, die am Arbeitsplatz als

Reaktion auf ihre Rückmeldung ein Einlenken und das Schwören auf Besserung durch den Angesprochenen erfahren, glauben, im Gespräch sehr viel erreicht zu haben. Dieses kann, muss aber nicht sein. Es mag auch sein, dass der Betroffene mit einem Eingeständnis der belastenden Situation ausweichen wollte und die Rückmeldung ihn nur mäßig erreicht hat.

Aus der direkten Reaktion der Angesprochenen lässt sich nicht der Erfolg oder Misserfolg der Rückmeldung ableiten. Das Umfeld darf sich nicht durch die Betroffenen verunsichern lassen.



Entsprechend der Waagschale des sozialen Umfeldes wägen auch die Betroffenen die Gründe ab, die ihr weiteres Trinkverhalten bestimmen. Durch das Füllen des Kruges wird die Waagschale zugunsten der Verhaltensänderung beschwert.

### Der Abwägungsprozess des Problemfalles



#### Gründe zum Weitertrinken

- Perspektivlosigkeit
- Schmerzen werden nicht wahrgenommen
- Angst vor Entzug
- Akzeptanz des Umfeldes
- Negative Vorbilder
- Inkonsequenz
- Schonung am Arbeitsplatz
- Unwissen über Beratungs- u. Behandlungsmöglichkeiten
- ...

#### Gründe zum Aufhören

- Verlust des Führerscheines
- Verlust von Freunden
- Verlust von Partner/in
- Körperliche Beschwerden
- Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren
- Finanzielle Einbußen
- Konsequentes Umfeld
- Positive Vorbilder
- Perspektiven bei einer Verhaltensänderung
- ...

Alle Gründe sind nur beispielhaft. Sie lassen sich ergänzen und treffen nicht auf jeden Einzelnen zu. Wichtig ist die Tatsache, dass es überwiegend Verlusterlebnisse sind, die eine Verhaltensänderung begünstigen. Die Personen, die Betroffene umgeben und Angst davor haben, durch ihre Intervention z. B. den Arbeitsplatz zu gefährden, müssen lernen, dass diese negative Aussicht dem Betroffenen helfen kann, sich für ein Ende seines riskanten oder schädlichen Alkoholkonsums zu entscheiden. Erst wenn die ersten Hinweise auf mangelnde Arbeitsleistung erfolgt

sind und der Erhalt des Arbeitsplatzes unsicherer wird, erleben Betroffene die Konsequenzen ihres Handelns und müssen entscheiden, ob sie sich ändern oder nicht. Der Begriff „konstruktiver Leidensdruck“ wird in diesem Zusammenhang oft gebraucht. Dieser Begriff stammt aus dem therapeutischen Geschehen und wurde von dort in die Arbeitswelt übertragen. Es ist im Betrieb meist wenig hilfreich, therapeutische Vokabeln als diesbezüglicher Laie zu benutzen (siehe auch die Warnung vor diagnostischen Begriffen auf Seite 20).

### Welche Beratung und Behandlung gibt es?

**Beratung** In dieser ersten Phase geht es darum, gemeinsam mit der Rat suchenden Person die vorliegende Problematik einzuschätzen und nach Lösungswegen zu suchen. Im Beratungsprozess soll erforderlichenfalls die Krankheitseinsicht hergestellt und eine Veränderungsabsicht erarbeitet werden. Die ersten Anlaufstellen für Beschäftigte mit Alkoholproblemen sind:

- Suchtberaterin/Suchtberater oder Ansprechperson des Betriebes oder der Verwaltung
- Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtgefährdete und Suchtkranke
- Selbsthilfegruppen und Abstinenzverbände

**Akutbehandlung** Diese Behandlung beginnt in der Regel mit dem körperlichen Entzug. Für den Fall, dass er stationär erforderlich ist, findet er auf einer internistischen oder psychiatrischen Station eines Allgemeinkrankenhauses oder in einer psychiatrischen Fachklinik statt. Er kann sich von drei Tagen bis hin zu maximal sechs Wochen erstrecken. In leichteren Fällen kann der körperliche Entzug auch ambulant unter Aufsicht des Hausarztes durchgeführt werden. Sofern die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gegeben sind, ist die entsprechende Krankenkasse der Kostenträger.

#### Ambulante oder stationäre Therapie

Nach dem körperlichen Entzug folgt die Entwöhnungsbehandlung mit dem Ziel, eine dauerhafte und zufriedene Abstinenz zu erreichen, die gefährdete Leistungsfähigkeit zu verbessern und Teilhabe zu er-

möglichen. Kostenträger ist die Gesetzliche Rentenversicherung. Bei Beamtinnen und Beamten können Kostenanteile über die Beihilfe oder die private Krankenversicherung übernommen werden. Letzteres gestaltet sich des Öfteren schwierig, es muss für den Einzelfall verhandelt werden.

Die Entwöhnungsbehandlung findet je nach Schweregrad in unterschiedlichen Zeiträumen statt:

- Kurzzeittherapien von etwa 6 Wochen;
- Regelbehandlungszeiten von etwa 12 bis 16 Wochen mit der Möglichkeit zur individuellen Verlängerung;
- Ambulante Therapien in den Beratungs- und Behandlungsstellen finden in Zeiträumen von etwa 5 bis 18 Monaten statt.

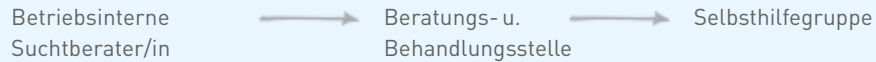
Stationäre und ambulante Therapieformen können miteinander kombiniert werden (Kombi-Therapie). Therapien werden durchgeführt in:

- Beratungs- und Behandlungsstellen, die vom Sozialversicherungsträger anerkannt sind
- Fachkliniken für Suchtkranke
- Psychiatrischen Krankenhäusern mit Suchtabteilung

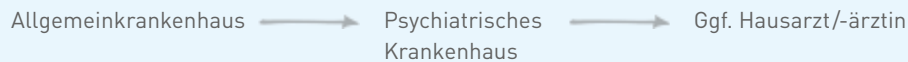
#### Nachsorge und ambulante Weiterbehandlung

Das Ziel ist die Stabilisierung der zufriedenen Abstinenz beziehungsweise die Verhinderung des Rückfalls. Sie findet statt in der Beratungsstelle für Suchtgefährdete und Suchtkranke und wird durch den kontinuierlichen Besuch einer Selbsthilfegruppe unterstützt.

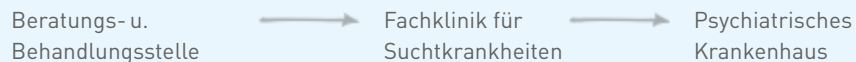
#### Beratung zur Veränderungsbereitschaft und ggf. Krankheitseinsicht



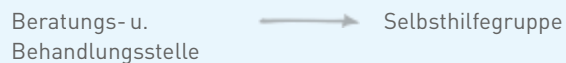
#### Akutbehandlung und Veränderungsbereitschaft



#### Ambulante oder stationäre Therapie oder Kombi-Therapie



#### Nachsorge oder ambulante Weiterbehandlung



Am Ende einer therapeutischen Behandlung wird ein Entlassungsbericht erstellt, in dem unter anderem auch Aussagen zur beruflichen Leistungsfähigkeit der Patientin/des Patienten gemacht werden. Der Arbeitgeber hat keinen Anspruch auf diesen Bericht. Die betroffene Person kann im Wiedereingliederungsgespräch nach eigenem Ermessen freiwillig Auskünfte geben.

#### Wiedereingliederungsmanagement im Betrieb

Nach dem Sozialgesetzbuch IX ist unter § 84 „Prävention“ vom Arbeitgeber ein betriebliches Eingliederungsmanagement, das unter dem Begriff „BEM“ bekannt ist, einzurichten.

Absatz 2: „Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessensvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Soweit erforderlich wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen. Die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist zuvor auf die Ziele des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie auf Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten hinzuweisen. Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die örtlichen gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und innerhalb der Frist des § 14 Abs. 2 Satz 2 erbracht werden. Die zuständige Interessensvertretung im Sinne des § 93 SGB IX, bei schwerbehinderten Menschen außerdem die Schwerbehinderten-

vertretung, können die Klärung verlangen. Sie wachen darüber, dass der Arbeitgeber die ihm nach dieser Vorschrift obliegenden Verpflichtungen erfüllt.“

Diese gesetzliche Vorgabe gilt für alle Krankheiten und die sich daraus ergebenden Folgen. Sie wird auch bei Suchterkrankungen in verschiedener Form zur Anwendung kommen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die eine Therapie erfolgreich abgeschlossen haben, oder auch solche, die nach der im Gesetz vorgesehenen Zeitdauer Beratungs- und Behandlungsangebote abgebrochen haben, wie jene, die ggf. substanzbedingt dementsprechend viele Fehlzeiten aufweisen, werden in das betriebliche Eingliederungsmanagement aufgenommen.

Die Forderungen des Gesetzgebers sind noch relativ neu und bislang nicht in allen Unternehmen und Verwaltungen umgesetzt. Sie werfen Fragen zu Überschneidungen mit anderen Gesprächen auf, wie Fehlzeitengesprächen, Krankenrückkehrgesprächen und Stufenplangesprächen. Verhaltenssicherheit für Vorgesetzte gibt es nur durch einen betriebsinternen Abstimmungsprozess. Es bietet sich an, in einer entsprechenden Betriebs-/Dienstvereinbarung die Betriebspolitik zur Wiedereingliederung von substanzbedingt auffällig gewordenen Mitarbeitern den Beschäftigten gegenüber öffentlich zu machen.

Die stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 Sozialgesetzbuch V bleibt von den Vorgaben zum BEM und spezifischen Regelungen in einer betriebsinternen Vereinbarung zur „Suchtprävention und Suchthilfe“ unberührt.

## Therapieziel Abstinenz – oder gibt es auch andere Angebote?

In den neuen Konzepten, die in den „Qualitätsstandards zur betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe“ der DHS aufgezeigt werden, ist vor allem auch an ein frühzeitiges Handeln bei riskanten Konsummustern, die zu Auffälligkeiten am Arbeitsplatz führen, gedacht. Riskanter Konsum verlangt nicht automatisch nach totaler Abstinenz, sondern kann mit einem Angebot zum „Drink-Less-Programm“

beantwortet werden. Die Intervention erfolgt so frühzeitig, dass auffällig gewordene Beschäftigte durch Konsumreduktion und Punktnüchternheit wieder zu einem bewussten und risikoarmen Umgang mit der Substanz „Alkohol“ kommen. Ein verhaltenstherapeutisches Training dazu wird inzwischen vielerorts – auch von anerkannten Beratungsstellen – angeboten.

**Therapieziel:** Abstinenz durch Entzug und/oder ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung

**Ziel:** Bewusster Umgang mit Alkohol, d. h. risikoarmer Konsum oder freiwilliger Konsumverzicht durch „Drink-Less-Programme“

**Ziel:** Bestärkung des verantwortungsvollen Handelns durch gesundheitsorientierte Angebote, wie geschlechterspezifische Informationen zum Substanzkonsum, Stressbewältigungsseminare usw.

So ganz unbekannt ist der Ansatz nicht, Personen, die mit Alkohol auffällig werden, wieder zu einem verantwortungsvollen Umgang mit dem Suchtmittel zu führen. Alkoholsünder im Straßenverkehr, die zur Wiedererlangung ihres Führerscheins in einer Medizinisch-Psychologischen Untersuchung (MPU) als nicht alkoholabhängig, aber als problematisch im Umgang mit „Trinken und Fahren“ erkannt werden, kommen in eine solche Schulungsmaßnahme.

Hier lernen sie in einer Vielzahl von Stunden die Wirkungen von Alkohol, die Gefährdungspotenziale für sich und andere und die rechtlichen Folgen kennen. Mit Hilfe von Tagesprotokollen zeichnen die Teilnehmer ihren Alkoholkonsum und ihr zeitlich abgestimmtes Fahren eines Pkw auf. Neben der Informationsvermittlung steht die psychologische Betreuung, in der über die Schwierigkeiten der erforderlichen Selbstdisziplin gesprochen wird. Bei diesem Verfahren wird entschieden, ob eine Abstinenztherapie angebracht ist oder ein Lernprogramm zum „verantwortungsbewussten Trinken“.

Das verhaltenstherapeutische Beratungsangebot richtet sich an Menschen, die mehr oder weniger freiwillig eine Änderung ihres problematischen Trinkens erreichen wollen. Für diese Zielgruppe sollen nicht Therapeuten das Ziel formulieren, sondern die Hilfesuchenden selber. „Vom Sollen zum Wollen: Zielfestlegungen und Zielvereinbarungen in der Suchthilfe“, nennt der Psychologe Joachim Körkel dieses Vorgehen. Damit erhalten Personen, die nicht abhängig sind, aber massive Probleme aufgrund ihres Alko-

holkonsums haben, eine Chance, wieder reflektiert und risikoarm trinken zu können. Diejenigen, die alkoholabhängig sind, erleben sehr schnell die Unzulänglichkeit dieses Angebotes für ihre Situation. Sie können dann im Weiteren entscheiden, ob eine Abstinenztherapie nicht angebrachter wäre. Für Alkoholabhängige hat sich die Abstinenztherapie als erfolgreichste Behandlungsmethode bewährt.

## Wie sollten Personalverantwortliche handeln, wenn Beschäftigte unter dem akuten Einfluss von Substanzen stehen – die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist?

Die gesetzliche Grundlage für das Handeln in der akuten Situation wird für Unternehmen durch die „Berufsgenossenschaftliche Vorschrift für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ (BGV) und für den öffentlichen Dienst durch den jeweiligen „Gemeinde-Unfallversicherungsverband“ (GUV) geregelt. Die Vorschriften

sind in jüngster Zeit überarbeitet und um das Thema „Einnahme von Medikamenten und Arbeitsfähigkeit“ ergänzt worden. Sie ersetzen den alten § 38 Unfallverhütungsvorschriften. Im Wortlaut sind die neuen Fassungen der Unfallverhütungsvorschriften des BGV A1 und des GUV A1 identisch:

## Grundsätze zur Prävention

### § 7 Befähigung für Tätigkeiten

Abs. 1 Bei der Übertragung von Aufgaben auf Versicherte hat der Unternehmer je nach Art der Tätigkeiten zu berücksichtigen, ob die Versicherten befähigt sind, die für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Aufgabenerfüllung zu beachtenden Bestimmungen und Maßnahmen einzuhalten.

Abs. 2 Der Unternehmer darf Versicherte, die erkennbar nicht in der Lage sind, eine Arbeit ohne Gefahr für sich oder andere auszuführen, mit dieser Arbeit nicht beschäftigen.

## § 15 Allgemeine Unterstützungspflichten und Verhalten

Abs. 1 Die Versicherten sind verpflichtet, nach ihren Möglichkeiten sowie gemäß der Unterweisung und Weisung des Unternehmers für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit sowie für Sicherheit und Gesundheitsschutz derjenigen zu sorgen, die von ihren Handlungen oder Unterlassungen betroffen sind. Die Versicherten haben die Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie für eine wirksame Erste Hilfe zu unterstützen. Versicherte haben entsprechende Anweisungen des Unternehmers zu befolgen. Die Versicherten dürfen erkennbar gegen Sicherheit und Gesundheit gerichtete Weisungen nicht befolgen.

Abs. 2 Versicherte dürfen sich durch den Konsum von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln nicht in einen Zustand versetzen, durch den sie sich selbst oder andere gefährden können.

Abs. 3 Absatz 2 gilt auch für die Einnahme von Medikamenten.

In den Vorschriften werden die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers und die Sorgfaltspflicht des Arbeitnehmers zur Verhütung von Arbeitsunfällen deutlich formuliert. Beide Seiten tragen Verantwortung! Die Erweiterung im §15 Absatz 3 mit der Hervorhebung von Medikamenten spiegelt das erhöhte Arbeitssicherheitsrisiko durch Beeinträchtigungen diverser Wirkstoffe in Arzneien wider. Einen kleinen Ausschnitt der Beeinträchtigungen – nur bezogen auf einen begrenzten Teil psychisch wirksamer Medikamente – stellt das Kapitel „Welche Auswirkungen haben Psychopharmaka auf die Arbeitssicherheit“? (Seite 71) dar.

In der akuten Situation, in der eine Beschäftigte oder ein Beschäftigter Auffälligkeiten am Arbeitsplatz zeigt, die die Arbeitsfähigkeit der Person infrage stellen, ist die Führungskraft als Vertreter/-in des Unternehmers zum Handeln aufgefordert. Als Kriterium für die Entscheidung zur Entfernung vom Arbeitsplatz

zieht die Rechtsprechung die allgemeine Lebenserfahrung und den „Beweis des ersten Anscheins“ heran. Der „Beweis des ersten Anscheins“ meint die konkreten Verhaltensauffälligkeiten der Person in der akuten Situation. Verhaltensauffälligkeiten, die auf eine Alkoholisierung des/der Beschäftigten schließen lassen, sind für sensibilisierte Vorgesetzte noch feststellbar. Bei Beeinträchtigungen durch Medikamente wäre dies eine Überforderung! An dieser Stelle ist der Rat an Führungskräfte geboten, dem eigenen Gefühl stärker zu vertrauen. Die entscheidende Frage für sie ist: „Wie verändert zeigt sich der/die Beschäftigte jetzt im Moment im Verhältnis zu seiner/ihrer Arbeitsfähigkeit sonst?“ Die Verantwortlichen müssen nicht erkennen, welche Substanzen konsumiert wurden! Beschäftigte stehen gelegentlich auch unter dem Einfluss verschiedener Substanzen gleichzeitig.

In der konkreten Situation geht es um die Beschreibung der festgestellten Auffälligkeiten, die für die Führungskraft ausschlaggebend sind. Dieses können zum Beispiel der unkontrollierte Gang, die lallende Sprache, das aggressive Verhalten gegenüber den Kolleginnen oder Kollegen oder auch unspezifische Verhaltensmuster wie mangelnde Konzentration, verlangsamte Reaktionszeiten oder apathisches Verhalten sein. Wichtig für das weitere Vorgehen ist die schriftliche Dokumentation der spezifischen Auffälligkeiten. Die konkreten Beobachtungen werden an die Personalabteilung weitergeleitet. Diese prüft, ob wegen des Verstoßes gegen arbeitsvertragliche Verpflichtungen der Anspruch auf Arbeitslohn entfällt.

Kommt die Führungskraft zu der Einschätzung, dass eine Weiterbeschäftigung nicht verantwortet werden kann, so zieht sie zur Unterstützung ihrer Vermutung eine weitere Person hinzu. Nach Möglichkeit sollte ein Mitglied des Betriebsrates/Personalrates beteiligt werden. Sind diese Funktionsträger nicht anwesend oder gibt es sie im Kleinbetrieb nicht, ist es ratsam, einen weiteren Vorgesetzten als Zeugen hinzuzuziehen. Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter kommen dafür nur sehr eingeschränkt infrage, da bei eventuellen gerichtlichen Auseinandersetzungen deren Aussagen nur bedingt zählen, wenn sie in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Vorgesetzten stehen.

Die von den Vorgesetzten allein oder mit anderen getroffenen Feststellungen führen nach den allgemein geltenden Rechtsregeln dazu, dass die Beschäftigten bis zum Beweis des Gegenteils als arbeitsunfähig gelten – mit allen sich daraus ergebenden Konsequenzen.

Sind die Beschäftigten mit der Feststellung ihrer Arbeitsunfähigkeit nicht einverstanden, dann können sie auf freiwilliger Basis einen Gegenbeweis erbringen. Der Arbeitgeber ist gut beraten, die Möglichkeit der ärztlich begründeten Gegendarstellung in dieser Situation dem Beschäftigten anzubieten. Der Gegenbeweis kann durch einen Alkoholtest und andere Verfahren erbracht werden. Die Praxis zeigt, dass die Arbeitsunfähigkeit durch verschiedene Substanzen beeinträchtigt sein kann, daher muss der /die aufgesuchte Mediziner /-in entscheiden, welche Untersuchung durchzuführen ist, um eine fachkundige Aussage zur Arbeitsfähigkeit des Beschäftigten zu machen. Diese Untersuchung kann sowohl beim betriebsärztlichen oder arbeitsmedizinischen Dienst als auch beim niedergelassenen Arzt oder der niedergelassenen Ärztin vorgenommen werden. Die Rolle der Betriebsärzte hat sich gewandelt. Sie sind laut Auftrag im Arbeits- und Gesundheitsschutz eher Berater des Arbeitgebers und der Beschäftigten als Kontrolleure. Diese Rollenauffassung gilt auch für den Suchtbereich – auch wenn die Akteure sich das mitunter gerne anders wünschen würden. Die Vorgesetzten haben den Heimtransport des /der arbeitsunfähigen Beschäftigten zu veranlassen. Die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers reicht bis zur Wohnungstür! Die Beförderung kann durch ein Taxunternehmen erfolgen. Die Angehörigen können mit Einverständnis der betroffenen Person gebeten werden, den Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin abzuholen. Oder die Person wird mit dem privaten Fahrzeug eines Kollegen oder einer Kollegin transportiert. Bei letzterem ist vom Betrieb aus darauf zu achten, dass die Beförderung der Person im Fond des Fahrzeuges und mit zusätzlicher Begleitperson geschieht.

### Zusammengefasst gelten folgende Regeln:

- Besteht aufgrund äußerer Anzeichen der Eindruck, dass eine Mitarbeiterin /ein Mitarbeiter unter Einfluss berauschender Mittel oder die Reaktion und Wahrnehmung beeinträchtigender Medikamente steht, muss die/der Vorgesetzte entscheiden, ob die betroffene Person ohne Gefahr für sich und andere arbeiten kann.
- Die Entscheidung orientiert sich an den konkreten Auffälligkeiten im Auftreten und Verhalten. Ein Test ist hierfür nicht erforderlich. Kriterium der Entscheidung zur Entfernung vom Arbeitsplatz ist die allgemeine Lebenserfahrung der Führungskraft und der „Beweis des ersten Anscheins“ bei der betroffenen Person.
- Der/die Vorgesetzte ist gehalten, auch den Hinweisen aus dem Mitarbeiterkreis nachzugehen und sich ein eigenes Bild zu machen.
- Eine Beeinträchtigung der Arbeitssicherheit kann auch durch suchtbefundenes Verhalten begründet sein, z. B. eine Übermüdung durch Medienabhängigkeit. Hier ist die beschriebene Vorgehensweise identisch.
- Der/die Vorgesetzte zieht als Beweishilfe eine weitere Person hinzu, wenn möglich die Interessensvertretung der Arbeitnehmer.
- Die Führungskraft hat die betroffene Person auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass sie sich zum Gegenbeweis einem Test auf Suchtmittelkonsum unterziehen kann. Bei Medikamenteneinnahme lässt sich die Eignung für die vertraglich zugesicherte Tätigkeit durch Betriebsärzte, Arbeitsmediziner oder niedergelassene Ärzte bestätigen. Das Ergebnis des Gegenbeweises ist unmittelbar, längstens innerhalb von zwei Stunden nach der Ansprache von Personalverantwortlichen und in schriftlicher Form vorzulegen.
- Sollten die Auffälligkeiten trotz eines negativen Testergebnisses weiterhin bestehen, dann entscheidet sich im Zweifelsfall die Führung dafür, den Beschäftigte /die Beschäftigte nicht einzusetzen. Nur in diesem Fall dürfen der betroffenen Person keine Nachteile daraus entstehen.
- Beim Entfernen vom Arbeitsplatz trägt der Arbeitgeber die Verantwortung für den sicheren Heimweg – bis zur Wohnungstür!
- Ist die/der Beschäftigte aufgrund eigenen Verschuldens nicht arbeits- bzw. dienstfähig, besteht für die ausgefallene Arbeitszeit kein Anspruch auf Entgelt.
- Veranlasst der/die Vorgesetzte einen Heimtransport, hat der/die Betroffene die Kosten zu tragen.

Eine innerbetriebliche verbindliche Regelung zum Umgang mit Beschäftigten, die unter akuter Beeinträchtigung durch Substanzgebrauch stehen, macht mehrfachen Sinn:

- 1 Sie dient der Gleichbehandlung der Beschäftigten.
- 2 Sie gibt Sicherheit für das konkrete Handeln der Führungskraft.
- 3 Es entsteht Transparenz für alle Beschäftigten: „Was passiert, wenn ...?“
- 4 Das Unternehmen nimmt den Arbeits- und Gesundheitsschutz ernst und erreicht damit ein gutes Image in der Öffentlichkeit.
- 5 Vorgesetzte können das Handeln in der akuten Situation zum Anlass nehmen, mit Betroffenen bei deren Rückkehr an den Arbeitsplatz ein Klärungs-Gespräch über ihre Auffälligkeiten zu führen. Eine frühzeitige Intervention kann für beide Seiten von Nutzen sein.

### Promillegrenzen für Beamte im Dienst

In der Sammlung der Rechtsprechung von Claussen und Czapski heißt es:

»Nach § 54 Satz 1 BBG (Bundesbeamten-gesetz) muss sich der Beamte mit voller Hingabe seinem Beruf widmen. Das bedeutet, dass er sich mit allen körperlichen und geistigen Kräften für seinen Beruf einzusetzen und sich deshalb im Dienst beim Genuss von Alkohol größte Mäßigung aufzuerlegen hat. Nach gesicherten medizinischen Erkenntnissen ist bereits eine verhältnismäßig geringfügige Alkoholbeeinflussung geeignet, die Leistungsfähigkeit eines Menschen, insbesondere

die Kritik und Konzentrationsfähigkeit, aber auch das Reaktionsvermögen und das Verantwortungsgefühl merklich zu beeinflussen. Die Disziplinargerichte haben in ständiger Rechtsprechung die Grenze, von der ab regelmäßig eine Pflichtverletzung vorliegt, bei 0,5 Promille angesetzt. Dabei kommt es nicht darauf an, dass Ausfallerscheinungen festgestellt wurden oder ein besonderer Ansehenschaden eingetreten ist. Entscheidend ist vielmehr die auch bei geringfügigem Alkoholenuss bestehende Gefährdung dienstlicher Belange durch die Einschränkung der Leistungsfähigkeit.«

Claussen/Czapski: Alkoholmissbrauch im öffentlichen Dienst

Erstaunlich ist in diesen Ausführungen der Mut zu einer konkreten Festlegung auf einen Promillewert von 0,5 Promille. Das Problem der Feststellung dieses Promillewertes tritt auf, wenn der Beamte sich nicht freiwillig zum Test bereit erklärt.

Wie sollen Vorgesetzte diesen Grad der Alkoholisierung überhaupt feststellen, wenn Ausfallerscheinungen noch nicht einmal vorhanden sein müssen, um eine Alkoholverfehlung zu begründen? Sie können allenfalls annehmen, dass diese Promillegrenze bereits erreicht ist, wenn sie unmittelbar Zeuge der Trinkmengen waren. Genau diese Situation, nämlich Trinkmengen festzustellen, bringt Vorgesetzte in die verzwickte Lage, auf „Kontrollpos-

ten“ sein zu müssen. Ergibt sich die Gelegenheit ganz automatisch, z. B. durch eine gemeinsame dienstliche Feier, bei der die Führungskraft sieht, dass ein Beschäftigter oder eine Beschäftigte unangemessen viel trinkt, dann ist die Feststellung möglich. Das Fernhalten der betreffenden Person von den weiteren dienstlichen Belangen ist eine Selbstverständlichkeit. Ist diese Art der direkten Beobachtung allerdings nicht gegeben, dann ist von der „Alkoholkontrolle“ abzuraten.

Die Beobachtung von konkreten Auffälligkeiten im Arbeits- und Sozialverhalten wie im Kapitel: „Woran erkenne ich Beschäftigte, die Alkoholprobleme haben?“ dargestellt, ist die sinnvollere Alternative.

### Darf der Arbeitgeber eine Überprüfung des Alkoholspiegels anordnen?

Der Wunsch des Arbeitgebers, mit Hilfe klarer Fakten dem Arbeitnehmer seine Arbeitsunfähigkeit nachzuweisen, ist nachvollziehbar, aber diesem Begehren stehen die im Grundgesetz verankerten Grundrechte des Arbeitnehmers entgegen:

»Eine Blutprobe im Auftrag des Arbeitgebers durch den Werkarzt ausgeführt, würde das Grundrecht des Beschäftigten auf körperliche Unversehrtheit verletzen (GG Art. 2 Abs. 2 m2). Auch ein angeordneter „Röhrchentest“ würde einen Eingriff in die Persönlichkeitssphäre des Beschäftigten bedeuten (GG Art. 2 Abs. 1) und ist deshalb ebenfalls nicht zulässig. Selbst wenn die Feststellung des Blutalkoholspiegels mittels Röhrchen in einer Betriebsvereinbarung festgelegt ist, können Beschäftigte nicht zu einem solchen Test gezwungen werden. Aus der Verweigerung des Tests darf nicht automatisch auf eine Alkoholisierung des Beschäftigten und eine daraus

resultierende Unfallgefahr geschlossen werden, denn die Beweislast liegt beim Arbeitgeber. Er muss (für eine verhaltensbedingte Kündigung; die Verfasserin) nachweisen, dass der Beschäftigte infolge übermäßigen Alkoholgenusses oder anderer berauschender Mittel nicht mehr zur Erbringung seiner Arbeitsleistung imstande ist. Dies wäre objektiv aber nur durch Harnproben und Blutuntersuchungen möglich. Der Arbeitnehmer bzw. die Arbeitnehmerin kann sich nur freiwillig zu einem Bluttest oder einer Alkoholmatt-Messung bereit erklären. Eine mit Zustimmung des Arbeitnehmers durchgeführte Alkoholmatt-Messung kann bei der Feststellung des Alkoholisierungs-

grades sowohl zur Belastung wie auch zur Entlastung des Arbeitnehmers beitragen (BAG, Urteil v. 26. 01. 1995, 2 AZR 649/94). Dies wird sicher dazu führen, dass sich Arbeitnehmer faktisch nur einer „Alkoholkontrolle“ unterziehen werden, wenn sie sich hiervon Entlastung versprechen. Unzutreffend wäre es, hieraus den generellen Schluss zu ziehen, dass die Weigerung für eine stärkere Alkoholisierung spricht. Dennoch, die Weigerung kann ein Indiz für stärkere alkoholische Beeinflussung sein. Das Bundesarbeitsgericht trifft mit seiner Entscheidung letztlich eine Güterabwägung und wertet zu Recht die Integrität der Persönlichkeit des Arbeitnehmers höher als die Kontrollmöglichkeit des Arbeitgebers.«

Fleck / Wienemann: BR-Info 2/96,  
Verhaltensbedingte Kündigung bei Alkoholmissbrauch

Es sind – bis auf wenige Ausnahmen, in denen der Gesetzgeber Kontrollen zulässt – die Unfallverhütungsvorschriften, die das Handlungsfeld für Führungskräfte abstecken. Die Vorgehensweisen sind beschrieben im Kapitel: „Wie sollten Personalverantwortliche handeln, wenn Beschäftigte akut nicht mehr arbeits- bzw. dienstfähig sind“? (Seite 39). Gelegentliche, ehrliche Schilderungen von Vorgesetzten zeigen, dass sie sich in der Praxis schwertun, nach den beschriebenen Verfahren zu reagieren. Häufig werden nur in Extremfällen Maßnahmen ergriffen. In Zweifelsfällen sind sie bereit, die von ihnen als alkoholisiert eingestuftten Beschäftigten zwar aus dem Gefahrenbereich herauszunehmen, die Auseinandersetzung des „Nach-Hause-Schickens“, womöglich verbunden mit weiteren Konsequenzen, aber eher zu vermeiden. Um die Motivation der Führungskräfte zu verstärken, in diesem schwierigen Handlungsfeld noch intensiver Verantwortung zu übernehmen, sollen die Wirkungen des Alkohols auf die körperliche und seelische Verfassung und damit auf die Arbeits- und Verkehrssicherheit dargestellt werden.



## Einschränkungen von Fähigkeiten bei bestimmten Alkoholgengen

Einschränkungen von Fähigkeiten bei bestimmten Alkoholgengen

### Ab 0,2 Promille

- Leichte Verminderung der Sehleistung
- Verlängerung der Reaktionszeit
- Nachlassen von Aufmerksamkeit, Konzentration, Kritik- und Urteilsfähigkeit
- Anstieg der Risikobereitschaft
- Verschlechterung der Wahrnehmungsfähigkeit für bewegliche Lichtquellen

### Ab 0,5 Promille

- Verminderung der Sehleistung um ca. 15 %
- Hell/Dunkel-Anpassung der Augen verlangsamt, Rotlichtschwärze tritt auf
- Hörvermögen herabgesetzt
- Beginnende Enthemmung, Anstieg der Reizbarkeit
- Fehleinschätzung von Geschwindigkeiten

### Ab 0,7 Promille

- Gleichgewichtsstörungen treten auf
- Nachlassen der Nachtsehfähigkeit
- Reaktionszeit wird länger

### Ab 0,8 Promille

- Ausgeprägte Konzentrationsschwäche
- Rückgang der Sehfähigkeit um ca. 25 %
- Reaktionszeit um 35–50 % verlängert
- Enthemmung nimmt zu, Euphorie setzt ein
- Selbstüberschätzung
- Blickfeldverengung setzt ein (Tunnelblick)
- Räumliches Sehen ist stark beeinträchtigt
- Kontrolle über willkürliche Augenbewegungen geht verloren

### Ab 1,1 Promille

- Beginn der absoluten Fahruntüchtigkeit
- Verschlechterung des räumlichen Sehens und der Hell/Dunkel-Anpassung
- Massive Aufmerksamkeits- und Konzentrationseinbußen
- Maßlose Selbstüberschätzung durch gesteigerte Enthemmung
- Verlust der Kritikfähigkeit
- Reaktionsvermögen erheblich gestört
- Starke Gleichgewichtsstörungen, Sprechstörungen
- Verwirrtheit, Orientierungsstörungen

### Ab 2,4 Promille

- Ausgeprägte Gleichgewichts- und Koordinationsstörungen
- Gedächtnislücken setzen ein, Bewusstseinsstörungen
- Reaktionsvermögen kaum noch vorhanden

### Ab 3,0 Promille

- Stadium der Volltrunkenheit
- Schwere Alkoholvergiftung
- Tiefe Bewusstlosigkeit
- Gedächtnisverlust (»Filmriss«)

### Ab 4,0 Promille

- Lähmungen, unkontrollierte Ausscheidungen und Atemstillstand

Hauptverband der gewerblichen  
Berufsgenossenschaften und  
Deutscher Verkehrssicherheitsrat

## Wie können Beschäftigte mit substanzbedingten Auffälligkeiten am Arbeitsplatz angesprochen werden?

Auf den vorangegangenen Seiten werden die Beweggründe der Kolleginnen und Kollegen, aber auch der Betroffenen selber beschrieben, den „Status quo“ zu halten, auch wenn er inzwischen für alle unbefriedigend ist. Eine Veränderung wäre eine zu große Kraftanstrengung und „wer weiß, was dann dabei herauskommt!“ Schließlich möchte die Umgebung der Betroffenen nicht schuld daran sein, wenn Sanktionen des Arbeitgebers zu hart ausfallen.

Je länger solche Entwicklungsprozesse dauern, umso mehr verfestigen sich die Verstrickungen aller Beteiligten. Vorgesetzte fürchten den Vorwurf, „da hättest du aber eigentlich schon viel früher handeln müssen!“ In diesem Zusammenhang wird oft von „Co-Abhängigkeit“ oder „Mitbetroffenheit“ gesprochen. Diese Begriffe umschreiben das Verhalten der Umgebung, der Kollegen und Kolleginnen von Betroffenen, die bei langen Entwicklungsprozessen selber Teil des Systems werden und denen zunehmend der objektive Blick auf das Geschehen verloren geht. Eine Schuldfrage damit zu verknüpfen, wäre ein grober Fehler. Statt Vorwürfe zu machen, was die Beteiligten falsch gemacht haben, wäre eine Unterstützung und Ermutigung – „was ist jetzt zu tun?“ – sinnvoll und hilfreich!

Vor allem brauchen Funktionsträger, allen voran die Vorgesetzten im Betrieb, eine Unterstützung, wie sie, statt abzuwarten, bis die Situation eskaliert, „anders helfen“ können. Bislang blieben die Fragen des

frühzeitigen Vorgehens häufig unbeantwortet.

Im Zusammenhang mit Konzepten zu einer gesundheitsbewussten Führung sind Leitfäden für Vorgesetzte entwickelt worden, die dem Ziel der Frühintervention entsprechen. Frühzeitig das Gespräch zu suchen, heißt aber auch, dass ein risikant oder gar abhängiger Suchtmittelkonsum noch gar nicht vorliegen muss. Arbeitswissenschaftlich nachgewiesen ist der Zusammenhang von psychischen Belastungen und Stress. Aus den Biografien von Betroffenen ist der Einsatz von Alkohol und Medikamenten zur Stressminderung bekannt. Damit es in belastenden Situationen, die sich bereits am Arbeitsplatz zeigen, nicht zu einem riskanten Substanzkonsum kommt, sollen rechtzeitige Interventionen den Kreislauf durchbrechen.

Das Land Niedersachsen hat seine Rahmenempfehlung zur Prävention und Hilfe bei Sucht- und Missbrauchsproblemen in der Niedersächsischen Landesverwaltung im Jahr 2006 grundlegend überarbeitet. Unter der wissenschaftlichen Begleitung von Elisabeth Wienemann vom Institut für inter-disziplinäre Arbeitswissenschaft der Universität Hannover wurde ein erweitertes Interventionskonzept bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz vorgelegt. Unter Berücksichtigung zweier Rechtsgutachten und den Erfahrungen aus der bisherigen Rechtsprechung entspricht dieser Interventionsleitfaden dem Stand jetzigen Wissens und kann als Muster dienen (Seite 51).

### Frühzeitige Ansprache bei ersten unspezifischen Auffälligkeiten

Wenn die Führungskraft sich aufgrund des veränderten Verhaltens bei einem ihrer Beschäftigten Sorgen um die weitere Entwicklung macht, dann führt sie ein Gespräch. Der Persönlichkeitsschutz muss dabei gewahrt bleiben. Die Sorge um die Gesundheit einer Person reicht nicht aus, um aus der Rolle des/der Vorgesetzten zu intervenieren, geschweige denn Verhaltensänderung zu fordern oder Druck auszuüben. Anlass des Gesprächs darf aber die Befürchtung sein, dass das veränderte Verhalten in der Folge zur Vernachlässigung arbeits- beziehungsweise dienstrechtlicher Pflichten führen kann. Das Gespräch verzichtet auf jeden disziplinarischen Charakter. Es hat zum Ziel, einer chronischen Entwicklung vorzubeugen, indem es von Unterstützung und Fürsorge durch die/den Vorgesetzte/n geprägt ist. Daher wird es auch „Fürsorgegespräch“ genannt.

### Inhalte des Fürsorgegespräches

- Sprechen Sie Ihren persönlichen Eindruck an, dass die betroffene Person Probleme hat, die auch am Arbeitsplatz sichtbar werden.
- Benennen Sie die wahrgenommenen Auffälligkeiten oder Veränderungen konkret.
- Fragen Sie danach, ob die betroffene Person Unterstützung wünscht und wenn ja, in welcher Form. Bitten Sie sie auch, selber Lösungsvorschläge zu entwickeln und darzustellen.
- Geben Sie Hinweise auf interne Hilfeangebote (betriebsinterne Beratungsangebote, qualifizierte Ansprechpersonen, betriebsärztlichen Dienst u. a.) und externe Einrichtungen wie Beratungsstellen, Ärztinnen und Ärzte.

Der Grund für die Veränderung können persönliche, gesundheitliche oder soziale Probleme der beschäftigten Person sein. Natürlich wünscht sich die Führungskraft eine Gesprächssituation, in der sich das Gegenüber öffnet. Dieses Gespräch ist ein Angebot, es liegen noch keine Pflichtverletzungen vor. Die /der Angesprochene kann den Grund ihrer/seiner Verhaltensänderung nennen und Unterstützung bereitwillig annehmen. Eine Verschlossenheit und die Zurückweisung der angebotenen Hilfe müssen von der Führungskraft akzeptiert werden!

### Gespräche bei Pflichtverletzungen mit unklarem Hintergrund

Wenn die Führungskraft unsicher ist, wie sich die wiederholte oder schwerwiegende Vernachlässigung von Pflichten ihrer Mitarbeiterin / ihres Mitarbeiters erklären lässt, kann ein Gespräch der Klärung dienen. Manchmal stehen vage Vermutungen im Raum, die betroffene Person könnte ein Suchtmittelproblem haben, das es ihr erschwert, den Verpflichtungen nachzukommen. Diese Sorge bereits als Anlass für ein „Stufenplangespräch“ – wie nachfolgend dargestellt – zu nehmen, könnte einer Führungskraft als zu voreilig erscheinen.

Es wird immer eine subjektive Entscheidung der einzelnen Verantwortlichen sein: Ist ein Klärungsgespräch oder ein Personalgespräch, das ohne jegliche Vermutung des Substanzkonsums geführt wird, oder ist ein Stufenplangespräch, das riskanten Suchtmittelkonsum voraussetzt, angemessen? Um die eigene Entscheidung besser abzusichern, lohnt es sich, die Fachkompetenz einer innerbetrieblichen Beratungsinstanz – falls vorhanden – in Anspruch zu nehmen.

### Inhalte des Klärungsgespräches

- Benennen Sie die konkreten Fakten der Pflichtverletzungen: Zeit, Ort, Vorfall und die entsprechenden unmittelbaren und mittelbaren Auswirkungen.
- Zeigen Sie Ihre Sorge über Ihre Vermutung, dass die betroffene Person Probleme haben könnte, die sich bereits auf die Arbeitsleistung und auf die Arbeitshaltung auswirken und/oder Störungen am Arbeitsplatz verursachen.
- Beschreiben Sie Ihre Erwartungen an das zukünftige Verhalten präzise.
- Geben Sie Hinweise auf interne Hilfeangebote (betriebsinterne Beratungsangebote, qualifizierte Ansprechpersonen, betriebsärztlicher Dienst) oder externe Einrichtungen wie z. B. Suchtberatungsstellen, Ehe- und Familienberatung, Schuldnerberatung.
- Vereinbaren Sie konkrete weitere Schritte und halten Sie dieses schriftlich fest.
- Vereinbaren Sie für die Rückmeldung an die betroffene Person einen nächsten Gesprächstermin in etwa 6–8 Wochen.
- Eine schriftliche Abfassung über die Ergebnisse dieses Gesprächs geben Sie an die betroffene Person.



Kommt es nach dieser Intervention zu keinen weiteren Beanstandungen, dann wird der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter in 6–8 Wochen die positive Verhaltensänderung im Rückmeldegespräch bestätigt.

Kommt es erneut zu Pflichtverletzungen, dann muss entschieden werden, wie es weitergeht:

**A** Personalgespräche in Form von Kritikgesprächen oder

**B** Gespräche in der Form eines „Stufenplans“, in denen sich Hilfeangebote und Sanktionen ergänzen, weil davon ausgegangen werden kann/muss, dass die Pflichtverletzungen der betroffenen Person durch Suchtmittelkonsum oder nicht stoffgebundenem Problemverhalten mitbegründet sind.

Um Missverständnissen vorzubeugen:

Das Fürsorgegespräch kann, aber muss nicht an erster Stelle stehen! Wenn eine substanzbedingte Auffälligkeit, die arbeitsrechtlich als erheblich angesehen wird, festgestellt wird, dann findet direkt das erste Gespräch des Stufenplans statt. Auch ein Klärungsgespräch muss in diesem Fall nicht mehr vorgeschaltet werden. Die Gesprächsmöglichkeiten stehen nicht zwangsläufig in einer Reihenfolge. Sie werden gewählt von der/dem Vorgesetzten nach ihrer/seiner subjektiven Einschätzung und Bewertung der Situation. In den aufeinander abgestimmten Gesprächen im Stufenplan muss – Ausnahmen bestätigen die Regel – eine Reihenfolge eingehalten werden.

#### Fürsorgegespräch

- Anlass ist: Persönliche, soziale oder gesundheitliche Probleme der betroffenen Person werden am Arbeitsplatz sichtbar. Bei Fortsetzen des Verhaltens wird eine Verletzung der arbeitsvertraglichen Pflichten als wahrscheinlich gesehen.
- Führungskraft führt ein vertrauliches Gespräch begründet durch die Sorge um die weitere Entwicklung.
- Das Fürsorgegespräch hat keinen Disziplinarcharakter!
- Schriftliche Aufzeichnungen sind nicht erforderlich.

#### Klärungsgespräch

- Anlass ist: Wiederholte oder schwerwiegende Verletzungen der arbeitsvertraglichen Pflichten liegen vor.
- Führungskraft ist sich nicht sicher, ob die Verfehlungen in Zusammenhang mit Substanzgebrauch oder nicht stoffgebundenem Problemverhalten\* stehen oder anders zu begründen sind.
- Neben der Sorge steht die Erwartung an eine positive Veränderung.
- Gesprächsnotiz über den Anlass und die Zielvereinbarung wird ausgehändigt.

#### Stufengespräche

- Verletzung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten beruht mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Substanzkonsum oder nicht stoffgebundenem Problemverhalten\*.
- In mehreren Gesprächen (4-5) wird auf die Erfüllung der Pflichten aus dem Arbeits-/Dienstvertrag hingearbeitet.
- Hilfeangebote für die angenommene Hintergrundproblematik und Sanktionen für die Pflichtverletzungen ergänzen sich.
- Die Gespräche werden dokumentiert. (siehe Seite 60)

\*nicht stoffgebundenes Problemverhalten:  
Ess-Störungen, Medienkonsum, Path. Glücksspiel usw.

#### Stufengespräche bei suchtmittelbedingten Auffälligkeiten oder süchtigem Verhalten

Die Stufengespräche sind eine Abfolge von meistens fünf Gesprächen, in denen der/dem auffälligen Beschäftigten die konkreten Verletzungen vertraglicher Pflichten aufgezeigt werden. Da die Führungskraft vermutet, dass diese Pflichtverletzungen auf Substanzkonsum oder süchtigem Verhalten beruhen, bietet sie der betroffenen Person einschlägige Hilfeangebote an. Ziel der Intervention ist es, die Erfüllung der Pflichten des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin aus dem Arbeitsvertrag bzw. dem Dienstvertrag wiederherzustellen. Sofern die Person dieser Erwartung nachkommt, wird ihr nach Ablauf einer angemessenen Beobachtungszeit eine positive Rückmeldung gegeben. Werden erneute Pflichtverletzungen sichtbar, dann werden diese entsprechend sanktioniert. Ein Hilfeangebot wird in jedem Gespräch offeriert, egal ob die Person einsieht, dass sie Hilfe braucht oder nicht. Es bleibt aber immer ein Angebot! Menschen haben in unserer Rechtsordnung das Persönlichkeitsrecht, sich riskant zu verhalten.

Der Arbeitgeber muss die Folgen eines riskanten Konsums, die die Arbeitsfähigkeit des Arbeitnehmers betreffen, nicht tolerieren. Er kann aber nur das aus dem Arbeitsvertrag geschuldete Verhalten einfordern. Wenn die/der Beschäftigte nach dem ersten Stufengespräch wieder nüchtern zur Arbeit kommt und sich keine erneuten Auffälligkeiten zeigen, dann ist das Recht des Arbeitgebers erschöpft. Er kann zwar bedauern, dass der Mitarbeiter in seiner Freizeit riskanten Alkoholkonsum hat, aber solange dieser keine Auswirkungen auf die Arbeitsleistung zeigt, bleiben ihm arbeitsrechtlich die Hände gebunden. Bei begründeten Befürchtungen, dass negative Folgen des riskanten Konsums auf die Arbeitsleistung oder den Betriebsfrieden absehbar sind, können zwischenzeitlich „Fürsorgegespräche“, wie beschrieben, geführt werden.

## 1. Gespräch

### Beteiligte:

Betroffene/r Beschäftigte/r, unmittelbare/r Vorgesetzte/r

Bei Vernachlässigung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten und/oder Störungen am Arbeitsplatz, die im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Suchtmitteln oder suchtbedingtem Verhalten stehen, hat die/der unmittelbare Vorgesetzte – ggf. nach vorheriger fachlicher Beratung – mit der betroffenen Person ein Gespräch zu führen.

### Inhalt des Gesprächs

- Benennen konkreter Fakten, Zeit, Ort, Vorfall;
- Besorgnis ausdrücken, dass die/der Beschäftigte Probleme hat, die sich auf das Arbeits-/Leistungsverhalten auswirken und/oder Störungen am Arbeitsplatz verursachen;
- Ansprechen des riskanten Suchtmittelkonsums oder des suchtbedingten Verhaltens und dass ein Zusammenhang zu den Problemen am Arbeitsplatz gesehen wird;
- Aufzeigen der konkreten Erwartungen der/des Vorgesetzten an das zukünftige Arbeitsverhalten;
- Hinweis auf den Stufenplan und das Vorgehen bei weiteren Auffälligkeiten (ein Exemplar des Stufenplans aushändigen). Bei beamteten Personen wird zusätzlich darauf hingewiesen, dass weitere Auffälligkeiten als Dienstvergehen bewertet werden könnten;
- Empfehlung, sich innerbetrieblich von der Ansprechperson für Suchtfragen und/oder von einer externen Fachberatung informieren und beraten zu lassen (Adressen einschlägiger Fachberatung);
- Konkrete Vereinbarung der weiteren Schritte;
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in 6–8 Wochen und Hinweis auf das Beobachten der weiteren Verhaltensentwicklung.

Das Gespräch bleibt vertraulich, es hat keine personellen Konsequenzen. Die/der Vorgesetzte notiert Datum und Ergebnis des Gesprächs und händigt der betroffenen Person die Kopie aus.

### Bei Erfüllung der arbeitsvertraglichen bzw. dienstrechtlichen Pflichten:

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen, dienstrechtlich sollte die Veränderung gewürdigt werden.
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6–8 Wochen

Bei erneuter Vernachlässigung der Pflichten und/oder Störungen am Arbeitsplatz

Gespräch 1

## 2. Gespräch

### Beteiligte:

betroffene/r Beschäftigte/r  
unmittelbare/r Vorgesetzte/r, nächst höhere/r Vorgesetzte/r und /oder Personalabteilung,  
Personalvertretung, bei Schwerbehinderten zusätzlich die Schwerbehindertenvertretung (vor Gesprächsbeginn ist die Zustimmung der oder des Betroffenen einzuholen), auf Wunsch der/des Betroffenen: die Ansprechperson für Suchtfragen

Kommt es erneut zu einer Vernachlässigung der arbeitsvertraglichen/ dienstrechtlichen Pflichten und / oder zu Störungen am Arbeitsplatz verbunden mit Auffälligkeiten durch Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtem Verhalten, so ist von den zuständigen Vorgesetzten das Gespräch der Stufe 2 zu führen.

Es findet nach gemeinsamer Vorbereitung der Vorgesetzten und Funktionsträger statt.

### Inhalt des Gesprächs

- Benennen der neuen Fakten und Bezugnahme auf den Inhalt des vorangegangenen Gesprächs;
- Zusammenhang zu Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten erneut aufzeigen;
- Hinweis auf interne und externe Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten (Namen, Telefonnummern, Adressen bereithalten);
- Aufforderung, eine Fachstelle für Sucht und Suchtprävention aufzusuchen; [1]
- Ankündigung von Konsequenzen bei weiteren Auffälligkeiten; Hinweis auf den Stufenplan. Beamtete Personen erhalten zudem den Hinweis, dass eine Verletzung dienstlicher Pflichten Disziplinarmaßnahmen bis zur Entfernung aus dem Dienst zur Folge haben können und dass sie nach dem Beamten-gesetz gehalten sind, ihre Dienstfähigkeit zu erhalten;
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in 6–8 Wochen und Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens.

Datum und Ergebnis des Gesprächs werden schriftlich festgehalten und die Gesprächsnotiz der Personalabteilung zugeleitet. [2]  
Der betroffenen Person wird eine Kopie ausgehändigt und der Empfang wird von ihr schriftlich bestätigt.

### Bei Erfüllung der arbeitsvertraglichen bzw. dienstrechtlichen Pflichten:

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen, dienstrechtlich sollte die Veränderung gewürdigt werden.
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6–8 Wochen

Bei erneuter Vernachlässigung der Pflichten und/oder Störungen am Arbeitsplatz

Gespräch 2

## Gespräch 3

### 3. Gespräch:

#### Beteiligte:

wie beim zweiten Gespräch, obligatorisch Personalabteilung

Kommt es erneut zu Verletzungen der arbeitsvertraglichen oder dienstrechtlichen Pflichten und/oder zu Störungen am Arbeitsplatz verbunden mit Auffälligkeiten durch Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtem Verhalten, findet ein Gespräch der Stufe 3 statt. Das Gespräch findet nach gemeinsamer Vorbereitung der Vorgesetzten und Funktionsträger statt. Dabei wird die Gesprächsführung unter den Vorgesetzten festgelegt. Insbesondere werden die Konsequenzen, die ergriffen werden sollen, und die Auflagen, die gemacht werden sollen, abgestimmt.

#### Inhalt des Gesprächs:

- Benennen neuer Fakten, Bezugnahme auf die vorherigen Gespräche;
- Zusammenhang zum Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten der betroffenen Person erneut aufzeigen;
- Konsequenzen aufzeigen, die aufgrund des Fehlverhaltens bzw. der Schlechtleistung jetzt vollzogen werden;
- Hinweis auf interne Informations- und Hilfeangebote durch die Ansprechperson für Suchtfragen; sofern noch nicht erfolgt, Kontaktaufnahme vereinbaren;
- Aufforderung an die betroffene Person, eine Fachstelle für Suchtprävention und Suchtberatung aufzusuchen, da eine Suchtgefährdung bestehen kann (Adressen von Fachstellen bereithalten). Sie wird aufgefordert, einen Nachweis zu erbringen, dass ein Beratungsgespräch stattgefunden hat. [3] Beamteten Personen wird verdeutlicht, dass die Ablehnung therapeutischer Hilfen zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit zu dienstrechtlichen Konsequenzen führen kann;
- Ankündigung weiterer Konsequenzen bei erneuten Auffälligkeiten, Darstellung der nächsten Schritte im Stufenplan;
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in spätestens 8 Wochen und Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens;
- Mitteilung, dass eine positive Entwicklung gefördert wird und dass dazu kontinuierliche Rückmeldegespräche im vierteljährlichen Abstand für die Dauer eines Jahres erfolgen, falls keine erneuten Auffälligkeiten sichtbar werden. Das Gespräch wird schriftlich festgehalten und die Gesprächsnotiz der Personalabteilung zugeleitet. Der betroffenen Person wird eine Kopie ausgehändigt und der Empfang wird von ihr schriftlich bestätigt.

#### Konsequenzen:

Wenn die betroffene Person darlegt, dass das Fehlverhalten bzw. die Schlechtleistung auf einer Suchtproblematik beruhen könnte, wird sie aufgefordert, sich unmittelbar in eine Suchtberatung bzw. Suchttherapie zu begeben. Hierfür wird Unterstützung zugesichert. Die Ansprechperson für Suchtfragen bzw. ein Personalverantwortlicher bekommt den Auftrag, mit Einverständnis der/des Beschäftigten den Kontakt zur Beratungsstelle bzw. zur Therapieeinrichtung zu halten. Nach Möglichkeit werden eine Fallabstimmung [4] und eine Fallbegleitung [5] eingerichtet. Spielt nach Aussage der betroffenen Person eine Suchterkrankung keine Rolle oder liegt eine Suchtproblematik nicht eindeutig vor, so ist bei Tarifpersonal die Voraussetzung für die Abmahnung aus verhaltensbedingten Gründen erfüllt. Als personelle Konsequenz wird aufgrund des Fehlverhaltens bzw. der Schlechtleistung eine schriftliche Abmahnung

erteilt. Beamtete Personen werden erneut darauf hingewiesen, dass sie nach dem Beamtenrecht gehalten sind, ihre Dienstfähigkeit zu erhalten, und dass eine Verletzung dienstlicher Pflichten Disziplinarmaßnahmen bis zur Entfernung aus dem Dienst zur Folge haben kann.

Personelle Konsequenzen können darüber hinaus besondere Auflagen sein:

- Individuelles Alkoholverbot als Zusatz zum Arbeitsvertrag;
- Regelmäßige Gespräche mit der Ansprechperson für Suchtfragen in einem bestimmten Zeitraum;
- Prüfung, ob die/der Beschäftigte für bestimmte Tätigkeiten noch geeignet ist, z. B. im Kontakt mit Kunden oder verbunden mit häufigen Dienstreisen;
- Für Umsetzung und Änderungskündigung mit dem Ziel der Herabgruppierung können die Voraussetzungen geprüft werden.

Das Gespräch wird schriftlich festgehalten und die Gesprächsnotiz der Personalabteilung zugeleitet. Der betroffenen Person wird eine Kopie ausgehändigt und der Empfang wird von ihr schriftlich bestätigt.

Die Maßnahmen gelten auch für Beamtinnen und Beamte, soweit sich nicht aus dem Beamtenrecht (bspw. Disziplinarrecht) Besonderheiten ergeben.

#### Bei Erfüllung der arbeitsvertraglichen bzw. dienstrechtlichen Pflichten:

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen, dienstrechtlich sollte die Veränderung gewürdigt werden.
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6–8 Wochen und weitere vierteljährliche Rückmeldegespräche für die Dauer eines Jahres

Bei erneuter Vernachlässigung der Pflichten und/oder Störungen am Arbeitsplatz

### 4. Gespräch:

**Beteiligte:** wie im dritten Gespräch

Kommt es erneut zu Verletzungen der arbeitsvertraglichen oder dienstrechtlichen Pflichten und/oder zu Störungen am Arbeitsplatz durch Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtem Verhalten und nimmt der oder die betroffene Beschäftigte die angebotenen Hilfen nicht in Anspruch, findet ein Gespräch der Stufe 4 statt.

Das Gespräch findet nach gemeinsamer Vorbereitung der Vorgesetzten und Funktionsträger statt. Dabei wird die Gesprächsführung unter den Vorgesetzten festgelegt. Insbesondere werden die Konsequenzen, die ergriffen werden sollen, und die Auflagen, die gemacht werden sollen, abgestimmt.

#### Inhalt des Gesprächs:

- Benennen neuer Fakten und Bezugnahme auf den Inhalt des dritten Stufengesprächs;
- Zusammenhang zum Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten herstellen;

## Gespräch 4

## Gespräch 4

- Schriftliche Aufforderung, eine Fachstelle für Sucht und Suchtprävention aufzusuchen und sich unmittelbar in Beratung oder Therapie zu begeben, da eine Suchterkrankung nicht mehr ausgeschlossen werden kann; (6)
- Angebot von interner Hilfe; die Ansprechperson für Suchtfragen oder ein/e Personalverantwortliche/r bekommt den Auftrag, mit Einverständnis der/des betroffenen Beschäftigten den Kontakt zur Beratungsstelle bzw. zur Therapieeinrichtung zu halten. Nach Möglichkeit werden eine interne Fallabstimmung und eine Fallbegleitung eingerichtet;
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in spätestens 8 Wochen. Hinweis auf die Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens durch die/den Vorgesetzte/n;
- Mitteilung über weitere Rückmeldegespräche im vierteljährlichen Abstand für die Dauer eines Jahres, falls nicht erneute Auffälligkeiten zu einem letzten Stufengespräch führen

Der/die Beschäftigte wird noch einmal darauf hingewiesen, dass

- der Arbeitgeber nicht länger bereit ist, das Fehlverhalten und/oder die Minderleistung hinzunehmen;
- die Prognose des Krankheitsverlaufs ohne Therapie ungünstig ist;
- bei erneuten Auffälligkeiten ein letztes Stufengespräch stattfinden wird.

### Konsequenzen:

Liegt nach Auskunft der betroffenen Person eine Suchterkrankung nicht vor, wird aufgrund des Fehlverhaltens bzw. der Schlechtleistung eine zweite Abmahnung ausgesprochen. Tarifpersonal wird darauf hingewiesen, dass ohne Therapie ggf. auch eine krankheitsbedingte Kündigung erfolgen kann. Beamtete Personen erhalten den Hinweis, dass im Falle weiterer Auffälligkeiten und wenn sie den Auflagen nicht nachkommen, die geeigneten dienst- oder disziplinarrechtlichen Maßnahmen erfolgen können.

Das Gespräch wird schriftlich festgehalten und die Gesprächsnotiz der Personalabteilung zugeleitet. Der betroffenen Person wird eine Kopie ausgehändigt und der Empfang wird von ihr schriftlich bestätigt.

### Bei positiver Verhaltensänderung oder Aufnahme einer Therapie:

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen, dienstrechtlich sollte die Veränderung gewürdigt werden.
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6–8 Wochen und weitere vierteljährliche Rückmeldegespräche für die Dauer eines Jahres

### Bei erneuter Vernachlässigung der Pflichten und/oder Störungen am Arbeitsplatz

### 5. Gespräch:

Beteiligte: wie im vorangegangenen Gespräch

Beteiligte:  
wie im vorangegangenen Gespräch

Kommt es erneut zu Verletzungen der arbeitsvertraglichen oder dienstrechtlichen Pflichten und / oder zu Störungen am Arbeitsplatz durch Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtem Verhalten und ändert die betroffene Person ihr auffälliges Verhalten nicht, werden außerdem die angebotenen Hilfen nicht in Anspruch genommen und ist keine Besserung zu erwarten, dann kommt es nach vorheriger Abstimmung der Beteiligten zum letzten Gespräch des Stufenplans:

Ist die betroffene Person nicht bereit, sich unverzüglich in Therapie zu begeben, leitet die Personalabteilung bei Tarifpersonal das Kündigungsverfahren ein. Bei Beamtinnen und Beamten wird eine dienst- oder disziplinarrechtliche Entscheidung herbeigeführt.

Das Gespräch wird schriftlich festgehalten und die Gesprächsnotiz der Personalabteilung zugeleitet. Der betroffenen Person wird eine Kopie ausgehändigt und der Empfang wird von ihr schriftlich bestätigt.

Rahmenempfehlung der Niedersächsischen Landesregierung, Hannover im Juli 2006

1 Die Nichtannahme der Beratungs- und Hilfeangebote ist bei Beamten disziplinarrechtlich zu prüfen. Bei Tarifpersonal kann die Nichtannahme nur geahndet werden, wenn der Besuch einer Beratungsstelle oder anderer Hilfeinrichtungen als Zusatz zum bestehenden Arbeitsvertrag vereinbart worden ist. Sanktioniert werden können ansonsten im weiteren Verlauf nur die erneuten oder fortgesetzten Verstöße gegen arbeitsvertragliche Pflichten.

2 Die Notiz darf nach Niedersächsischem Datenschutzgesetz nur dann Angaben zur Gesundheit der betroffenen Person enthalten, wenn diese schriftlich ihre Einwilligung dazu erklärt hat, und muss vor unbefugtem Zugriff gesichert aufbewahrt werden. Eine schriftliche Einwilligung ist auch erforderlich für die Übermittlung gesundheitsbezogener Angaben.

3 Der Nachweis kann nur im Einverständnis mit der/dem Beschäftigten eingefordert werden. Das Ausstellen eines schriftlichen Nachweises durch eine Beratungs- oder Therapieeinrichtung oder der Selbsthilfe setzt die hierfür erteilte Entbindung von der Schweigepflicht durch die betroffene Person voraus.

4 Gemeinsam mit der/dem betroffenen Beschäftigten stimmen sich die unmittelbar beteiligten Gesprächsteilnehmer mit den Fachleuten aus dem Beratungs- bzw. Therapiesystem ab. Sie vereinbaren, welchen Beitrag die einzelnen Beteiligten aus ihrer jeweiligen Rolle heraus zur Veränderung der Situation leisten.

5 Es wird eine klare Zuständigkeit festgelegt, um eine systematische Fallbegleitung während einer ambulanten und stationären Therapie bis zur Wiedereingliederung anzubieten.

6 Es ist noch einmal anzumerken, dass die Aufforderung dienstrechtlich verbindlich ist, arbeitsrechtlich jedoch keine Sanktionen nach sich zieht, wenn sie aus den arbeitsrechtlichen Verpflichtungen nicht unmittelbar abgeleitet werden kann.

## Gespräch 5

## Wie können sich Personalverantwortliche auf das Gespräch mit Betroffenen vorbereiten?

Diese Frage setzt eine Differenzierung des vorgesehenen Gespräches (siehe Seite 48 ff) voraus. Handelt es sich um ein:

### Fürsorgegespräch

### Klärungsgespräch

### Gespräch im Stufenplan

Bei einem **Fürsorgegespräch** bedarf es einer Sammlung der Auffälligkeiten, die der Führungskraft Sorgen machen. Hinzu kommt die Einstimmung auf die Mitarbeiterin beziehungsweise den Mitarbeiter. Welche spezifischen Reaktionen auf die fürsorgliche Ansprache sind denkbar? Wie gehe ich persönlich mit den zu erwartenden Emotionen oder der Gesprächsabwehr um? Das Fürsorgegespräch ist vor allem getragen von geäußelter Sorge, dem Zuhören und – wenn möglich – dem Angebot von Unterstützung.

Bei dem **Klärungsgespräch** sollte sich die Führungskraft an die Auffälligkeiten, die konkrete Pflichtverletzung und die damit verbundenen weiteren direkten und indirekten Folgen erinnern. Die Vorbereitung kann schriftlich geschehen. Es bietet sich an, vorher zu überlegen, welche Fragen an den Mitarbeiter gestellt werden sollten. Gleichwohl macht es Sinn, sich die eigenen vermuteten Gründe für das Fehlverhalten aufzuschreiben und dem/der Beschäftigten als „Strauß von Möglichkeiten“ mitzuteilen. Das Klärungsgespräch dient dazu, etwas zu klären, also muss der betroffene Beschäftigte auch hinreichend zu Wort kommen.

### Beim Gespräch nach dem Stufenplan

steht nicht das Fragen nach den Gründen an, sondern die Führungskraft teilt mit, dass sie sich die Pflichtverletzung zurzeit mit einer vermuteten Substanzproblematik (z. B. Alkohol und/oder Medikamente) erklärt.

Da das Zusammenführen von Pflichtverletzung und Substanzproblem ein schwieriges Gespräch befürchten lässt, sind hier einige Hilfestellungen angebracht. Menschen mit suchtmittelbedingten Problemen wollen nicht auf ihren riskanten oder gar schon schädlichen Konsum und das damit verbundene Fehlverhalten am Arbeitsplatz angesprochen werden. Sie versuchen mit unterschiedlichen Verhaltensweisen, die Kritik an ihrem Verhalten zu verhindern. Diese Abwehr kann sein:

- aggressives Verhalten: „Das ist glatte Verleumdung, das muss ich mir von Ihnen nicht bieten lassen.“
- mitliederweckendes Verhalten: „Meine Schwierigkeiten liegen im privaten Bereich. Da habe ich sehr zu kämpfen ...“
- gleichgültiges Verhalten: „Das ist mir egal, wenn Sie meinen ...“
- erpresserisches Verhalten: „Ich kann Ihnen da auch einiges auftischen, was Sie interessieren wird“ oder „Wenn Sie mir auch noch zusetzen, tue ich mir was an!“
- einsichtiges Verhalten, aber ohne Bereitschaft, professionelle Hilfe anzunehmen: „Sie haben Recht, ich muss mich ändern, aber eine Suchtberatung brauche ich nicht!“

Es wäre ein Fehler, dieses Verhalten als bewusstes und somit berechnendes Verhalten zu werten. Die betroffene Person kann suchtmittelbedingt vielleicht nicht anders!

Damit Führungskräfte sich nicht durch das Verhalten lähmen lassen und einem „roten Faden“ in der Gesprächssituation folgen, bietet sich eine schriftliche Vorbereitung an.

## Orientierungshilfe für Gespräche im Stufenplan

1 Was ist Ihr Ziel in dem Gespräch?

---

2 Welches Verhalten (Vorkommnisse) geben Anlass zur Sorge und/oder Beanstandung?

- Arbeitsverhalten \_\_\_\_\_
- Sozialverhalten \_\_\_\_\_
- Gesundheitsverhalten/Erscheinungsbild \_\_\_\_\_
- Besondere Vorkommnisse \_\_\_\_\_

3 Warum ist eine Veränderung notwendig? Welche Auswirkungen hat das Verhalten?

---

4 Welches Verhalten soll die betroffene Person ändern?

---

5 Wie oft haben Sie bereits mit der Person gesprochen?

---

6 Was hat sich seit dem letzten Gespräch geändert? Wurden Vereinbarungen eingehalten?

---

7 Welche konkreten Hilfeangebote können Sie machen?

---

8 Welche Möglichkeit der Veränderung sieht der/die Betroffene?

---

9 Welche Konsequenzen hat es, wenn die betroffene Person ihr Verhalten nicht ändert?

---

10 Getroffene Vereinbarungen?

---

11 Termin für das nächste Gespräch? \_\_\_\_\_

Es gibt keinen Leitfaden für ein garantiert erfolgreiches Gespräch. Die Frage von Erfolg ist immer verknüpft mit den selbst gesteckten Erwartungen. „Was ist das Ziel in dem Gespräch?“ Erwartungen bzw. Ziele dürfen nicht zu hoch angesetzt werden. Es ist leichter, wenn sich Hoffnungen zunächst auf das eigene Verhalten beziehen und nicht gleich Einsicht und Zugeständnisse von der angesprochenen Person erwartet werden. Das Ziel ist, meine konkreten Rückmeldungen an die betroffene Person zu geben, und zwar wie folgt:

- Ich sage meinem Gegenüber, wie ich ihn bzw. sie im Moment erlebe und was zu beanstanden ist. Was mein Gegenüber mit dieser Mitteilung macht, bleibt seine bzw. ihre Entscheidung.
- Ich stelle die Auffälligkeiten in Zusammenhang mit dem vermuteten Alkoholproblem, ob mein Gegenüber dieses genauso sieht, ist seine bzw. ihre Sache.
- Ich biete Unterstützung zur Veränderung an und unterbreite konkrete Hilfeangebote, ob mein Gegenüber sich darauf einlässt, steht in seinem bzw. ihrem Ermessen.
- Ich zeige zu erwartende Konsequenzen auf. Ob mein Gegenüber dieses ernst nimmt und entsprechend reagiert, ist meine Hoffnung, aber nicht meine Verantwortung.

Der Erhalt des Arbeitsplatzes stellt für viele Betroffene eine hohe Motivation für ihre Veränderung dar. Daher ist die Ansprache am Arbeitsplatz so wichtig. Viele Fälle demonstrieren, dass dieses Vorhaben gelingt. Es gibt auch Menschen, die keine Hilfe am Arbeitsplatz annehmen und denen letztendlich gekündigt werden muss. Insofern stimmt der Satz für Personalverantwortliche: „Die Fürsorge am Arbeitsplatz schuldet den Versuch, nicht den Erfolg!“

Zugegeben, die Gespräche mit alkohol-auffälligen Beschäftigten sind nicht ganz einfach. Es ist nachvollziehbar, dass Vorgesetzte eine gewisse Scheu davor haben. In vielen Betrieben und Verwaltungen gibt es entweder hauptamtlich oder nebenamtlich tätige Suchtberaterinnen oder Suchtberater. Ihre Aufgabe ist es unter anderem auch, Vorgesetzte bei der Vorbereitung auf solche Gespräche zu unterstützen. Ihr Fachwissen in Anspruch zu nehmen, ist kein Eingeständnis von Führungsschwäche, sondern professionelles Handeln.



Medikamente



## Medikamente am Arbeitsplatz – ein bislang unterschätztes Risiko?

Das Thema „Medikamente am Arbeitsplatz“ ist nach wie vor ein Tabuthema, obwohl versicherungsrechtliche Fragen als auch die Zunahme des Arzneimittelgebrauchs mit arbeitssicherheitsrelevanten Wirkungen und darüber hinaus qualifizierte Aussagen über eine hohe Zahl von Medikamentenabhängigen das Thema in den Vordergrund schieben müssten.

- In Deutschland sind etwa 1,4 Millionen Menschen von ärztlich verschriebenen Medikamenten abhängig. Andere Schätzungen rechnen mit 1,9 Millionen Menschen.
- Weitere 1,7 Millionen Menschen müssen als mittel- bis hochgradig gefährdet eingestuft werden.
- Etwa jeder zwanzigste erwachsene Bürger ist akut von Medikamentenproblematik betroffen.
- Rezeptfreie Arzneimittel, die ggf. missbräuchlich genutzt werden, sind der Kontrolle entzogen.
- 4–5 % aller verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial.
- In der Gesetzlichen Krankenversicherung wurden im Jahr 2008 für 667 Millionen verordnete Arzneimittel 29,5 Milliarden Euro ausgegeben.

In Anbetracht des DAK Gesundheitsreports 2009 stehen die psychischen Erkrankungen inzwischen auf Platz vier der Liste der häufigsten Krankheiten in Deutschland. Es ist nicht abwegig, zu mutmaßen, dass mit der Zunahme psychischer Belastungen am Arbeitsplatz ein Anstieg psychischer Erkrankungen und damit eine erhöhte Einnahme von Psychopharmaka wahrscheinlich sind. Zu dieser Entwicklung muss realistischweise die demografische Veränderung in der Belegschaft wahrgenommen werden. Die Menge der Einnahme von Medikamenten korreliert proportional mit dem Alter.

Die Medikamentenproblematik könnte, von seiner derzeitigen Brisanz aus betrachtet, das Thema „Alkoholprobleme am Arbeitsplatz“ in der Zukunft einholen. Die verantwortlichen Akteure im Betrieb und in den Verwaltungen sollten sich sinnvollerweise darauf einstellen, indem sie sich informieren und kundig machen. Dieses bezieht sich in erster Linie auf Fragen der Arbeitssicherheit, der rechtlich möglichen Vorgehensweise im Einzelfall und der Prävention im Rahmen des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten und nicht auf das Wissen um die Pharmakologie von Medikamenten.

### Versicherungsrechtliche Vorschriften: Die Sorgfaltspflicht der Beschäftigten

Im vorangegangenen Text zum Thema „Alkohol – wie sollten Personalverantwortliche handeln, wenn Beschäftigte akut nicht mehr arbeits- beziehungsweise dienstfähig sind?“ ist der § 15 „Allgemeine Unterstützungspflichten und Verhalten“ zitiert, wie er in der Berufsgenossenschaftlichen Vorschrift für Sicherheit und

Gesundheit, BGV, bei der Arbeit formuliert ist (Seite 39). Die Landesunfallkassen und der Gemeindeunfall-Versicherungsverband haben den Wortlaut der BGV unverändert übernommen. Seit der Überarbeitung im Jahr 2004 ist ein wichtiger neuer Passus zu Abs. 2 als Ergänzung hinzugekommen:

„Abs. 2 Versicherte dürfen sich durch den Konsum von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln nicht in einen Zustand versetzen, durch den sie sich selbst oder andere gefährden können.“

Abs. 3 Absatz 2 gilt auch für die Einnahme von Medikamenten.“

Dieser kleine Zusatz ist in der Arbeitswelt zurzeit noch nicht ausreichend bekannt. Doch diese Ergänzung in den Vorschriften kann für die einzelnen Arbeitnehmer gravierende Folgen haben: Diese Ergänzung in den versicherungsrechtlichen Vorschriften bezieht sich nicht nur auf die Einnahme von Psychopharmaka, sondern generell auf Medikamente, die die Wahrnehmung und/oder die Reaktionsfähigkeit eines Menschen beeinträchtigen können. Hinweise auf diese Einschränkungen finden sich auf dem „Beipackzettel“ des jeweiligen Medikaments. Hier wird unter der Rubrik „Wirkungen und Nebenwirkungen“ auf die Gefahr der Einnahme von Medikamenten beim Bedienen von Maschinen und bei der Teilnahme am Straßenverkehr hingewiesen. Michael Peschke, Arbeitsmediziner der Freien und Hansestadt Hamburg hat auf einige Medikamente mit sicherheitsrelevanten Wirkungen hingewiesen:

- Antiepileptika (Arzneien gegen epileptische Anfälle)
- Blutdrucksenkende Mittel (wie z. B. Beta-Blocker)
- Antihistaminika (Arzneien gegen Allergien)
- Blutzuckersenkende Mittel (wie z. B. Insulin)
- Anticholinergika (Arzneien zur Pulsbeschleunigung)
- Atropinhaltige Augentropfen (Arzneien, die die Pupillen weit stellen)

In der Broschüre des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, BKK, und der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, DHS, zum Thema „Schlaf- und Beruhigungsmittel am Arbeitsplatz“ findet sich unter dem Titel „Erst Gebrauchsinformation checken, bevor Sie ins Auto steigen oder an Maschinen arbeiten“ eine lange Liste der Arzneimittelgruppen, deren Risiken für einen verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten zu beachten sind.

Mediziner sehen eine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit und der Arbeitsfähigkeit bei einigen der genannten Arzneien vor allem in der Einstellungsphase, wenn sich der Körper nach Einnahme des Medikaments erst auf die entsprechende Dosis einstellen muss. Ist diese Phase erfolgreich abgeschlossen und stellt der Konsument selber keine Einschränkung seiner Wahrnehmung und Reaktion mehr fest, dann ist der Sorgfaltspflicht für den Arbeitsprozess und für den Weg von und zur Arbeit Genüge getan. Der behandelnde Arzt muss – rein juristisch gesehen –



seine Patienten nur auf die diesbezüglichen Ausführungen im Beipackzettel des verschriebenen Medikamentes hinweisen. Diejenige Person, die das Medikament einnimmt, handelt danach in eigener Verantwortung. Bei einer moralischen Bewertung dieser Fragestellung käme man eventuell zu einer anderen Bewertung.

Die Wichtigkeit des Themas für den Arbeitsplatz verdeutlicht ein konstruiertes Beispiel:  
Die Beschäftigte Frau O. hatte zwei Tage zuvor eine Zahnoperation. Der behandelnde Arzt hatte ihr angeboten, sie „krankzuschreiben“. Das hatte sie abgelehnt. Aufgrund ihrer Schmerzen bleibt sie zwei Tage zu Hause. Am dritten Tag nach dem Eingriff sind die Schmerzen noch eklatant. Sie hat einen sehr wichtigen Arbeitstermin, den sie meint nicht ausfallen lassen zu können. Um die Schmerzen an diesem Morgen auszuhalten, nimmt sie ein Schmerzmittel in einer höheren Dosierung ein, z. B. mit dem Inhaltsstoff Ibuprofen. Dem Beipackzettel des Medikamentes ist der Hinweis zu entnehmen, dass das Bedienen von Maschinen und das Führen eines Fahrzeuges unter der Einnahme stark eingeschränkt ist. Frau O. verursacht einen Unfall mit Personenschaden auf dem Weg zur Arbeit. Wenn ihr nachgewiesen werden kann, dass die hauptsächliche Ursache für den Unfall ihr Medikamentenkonsum ist, kann der Unfallschutz für sie entfallen. Sie ist ihrer Sorgfaltspflicht aus den Unfallverhütungsvorschriften § 15 Abs. 2 und Abs. 3 nicht nachgekommen.

Heutzutage ist es möglich, die entsprechenden Wirkstoffe der Medikamente im Körper nachzuweisen.

Eine nicht unerhebliche Gefahr für die Sicherheit im Straßenverkehr und im Arbeitsleben geht vor allem auch mit der Einnahme von psychotropen Medikamenten einher. Hier ist mit dreifacher Einschränkung zu rechnen: erstens den unmittelbaren akuten Wirkungen, zweitens den Nebenwirkungen und gegebenenfalls drittens mit Absetzphänomenen. Über diese Gefahr hinaus, nimmt der Konsument diese Mittel in der Regel, wenn er sich seelisch und/oder körperlich bereits beeinträchtigt fühlt.

In dem Publikationsorgan des ADAC „Motorwelt“ vom November 2004 wurden diverse Medikamente auf ihr Risiko für das Führen eines Kraftfahrzeuges genannt. Die Ergebnisse sind auf die Teilnahme am Straßenverkehr ausgerichtet, doch sie lassen sich auch auf die Arbeitssicherheit übertragen.

## Verkehrswirksame Psychopharmaka

Medikamentengruppe	Substanzen/Wirkstoff	Gefährdung	Risikobewertung*
Antidepressiva (konventionelle trizyklische Mittel gegen Depressionen)	z. B. Amitriptylin, Doxepin, Opipramol, Imipramin, Desipramin	Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens auch bei sachgemäßer Anwendung möglich. Gefährdung durch Antriebssteigerung (z. B. Selbstüberschätzung) oder Antriebsminderung („Lähmung“). Zentralnervöse Begleiterscheinungen wie Schwindel möglich. Krampfschwelle erniedrigt.	++ bis ++++
Neuere selektive Mittel	Citalopram, Mirtazapin	Weniger starke Nebenwirkungen. Vorsicht bei Therapiebeginn.	+ bis ++
Neuroleptika (Therapeutika bei psychotischen Erkrankungen)	z. B. Risperidon, Haloperidol, Olanzapin u.a.	Dämpfung, Antriebsverminderung, Störungen der Psychomotorik und Koordination können die Fahrtüchtigkeit einschränken.	+ bis ++++
Sedativa (Beruhigungs- und Schlafmittel)	Benzodiazepine (Diazepam, Oxazepam, Flunitrazepam, Lorazepam)	Achtung! Einige wirken noch am nächsten Tag. Verminderte Konzentrationsfähigkeit und beeinträchtigte Muskelfunktion möglich. Durch dämpfende Wirkung kann Reaktions- und Leistungsvermögen negativ beeinflusst werden.	+++ bis ++++
	Diphenhydramin	Beeinträchtigt das Reaktionsvermögen	++ bis ++++
	Zolpidem, Zopiclon	Schwindel, Müdigkeit, Schlafstörungen, Unruhe.	+++

+ schwach    ++ wenig    +++ mäßig    ++++ deutlich

\* Das Verkehrsrisikopotenzial für die einzelnen Wirkstoffe (nicht vollständig erfasst) wurde aus klinischen-experimentellen Studien abgeleitet.

## Welche Definitionen gibt es für den Medikamentenkonsum?

Die Bundesärztekammer hat im Jahr 2007 zum Thema „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ einen „Leitfaden für die ärztliche Praxis“ veröffentlicht. Der Leitfaden gibt viele wertvolle Hinweise, um damit einer Verschärfung der vermeidbaren Medikamentenproblematik entgegenzuwirken. Zitiert werden im Folgenden die wichtigsten Definitionen:

### „Schädlicher Gebrauch (ICD-10: F1x.1) bzw. Missbrauch von Sedativa/Hypnotika (DSM-IV)“

Schädlicher Gebrauch bezeichnet ein Konsummuster von Sedativa oder Hypnotika, das zu einer physischen oder psychischen Gesundheitsschädigung führt, z. B.

- Amnestische (das Gedächtnis betreffend; die Verfasserin) Störungen, die bei Benzodiazepinkonsumenten vor allem unter hohen Dosen und bei schnell resorbierbaren Substanzen vorkommen,
- Verhaltensstörungen in Kombination mit Alkohol (auch in kleinen Mengen),
- Zunahme von Angst und/oder Schlafstörungen unter der Medikation,
- Dosissteigerung mit erhöhter Wahrscheinlichkeit für schwerwiegende Folgen,
- Psychomotorische Behinderungen im Umgang mit Maschinen, mit Zunahme von Straßenverkehrsunfällen, häuslichen Unfällen und Frakturen, vor allem bei älteren Menschen und bei Verwendung lang wirksamer Substanzen.

Der Begriff „Missbrauch“ wurde mit dem ICD 10 [1991] durch den Begriff „schädlicher Gebrauch“ ersetzt. Er wird jedoch weiterhin im US-amerikanischen Klassifikationssystem DSM IV R benutzt und bezieht in dieser Kategorie auch die durch den Gebrauch hervorgerufenen sozialen Probleme in die Definition mit ein.

### Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F1x.2)

Ein Abhängigkeitssyndrom liegt nach ICD 10 dann vor, wenn in einem Zeitraum von 12 Monaten drei oder mehr der folgenden Kriterien erfüllt sind:

- Es besteht ein starker Wunsch bzw. Zwang, die psychotrope Substanz zu konsumieren.
- Es besteht eine verminderte Kontrollfähigkeit im Umgang mit der Substanz.
- Beim Absetzen der Substanz tritt ein körperliches Entzugssyndrom auf.
- Es hat eine Toleranzentwicklung stattgefunden.
- Soziale und berufliche Aktivitäten werden anhaltend vernachlässigt.
- Der Substanzgebrauch wird trotz eindeutiger Schädigung fortgesetzt, worüber sich der Konsument im Klaren ist.

Auch niedrige Dosierungen können bereits zu einer Abhängigkeit führen. Gesicherte Gefahrengrenzwerte existieren nicht, jedoch ist die Grenze zwischen einer kurzfristigen, zweckgerichteten Befindlichkeitsmanipulation und einem abhängigkeitsrelevanten Konsummuster schnell überschritten.“

Zusätzlich zu diesen genannten Definitionen wird bei der Medikamentenabhängigkeit noch differenziert zwischen einer „Niedrig-Dosis-Abhängigkeit“ und einer „Hoch-Dosis-Abhängigkeit“.

- **Niedrig-Dosis-Abhängigkeit** besteht bei niedriger therapeutischer Dosierung, die zum Teil über Jahrzehnte konstant bleibt. Sie tritt vor allem bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln auf. Die Abhängigkeit wird erst beim Absetzen des Medikaments deutlich. Die Entzugssymptome sind Schlafstörungen, depressive Verstimmungen und Ängste. Diese Symptome treten aufgrund der Halbwertszeiten, d. h. der Wirkungsnachdauer der Medikamente, teilweise zeitverzögert auf, so dass sie von den Betroffenen oft gar nicht als Entzugssymptome gewertet werden. Waren diese Befindlichkeitsstörungen, die nach dem Absetzen auftreten, schon eingangs Anlass für die Mitteleinnahme, wird jetzt durch den erneuten Konsum ein „Teufelskreislauf“ in Gang gesetzt.
- Die **Hoch-Dosis-Abhängigkeit** entspricht dem bereits beschriebenen Bild. Sie zeichnet sich durch das dringende Verlangen oder den Zwang zur Einnahme aus. Es kommt zur Dosissteigerung und/oder auch zur Einnahme immer stärker wirkender Medikamente. Die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit ist ein Prozess, dessen Zeitdauer und Intensität abhängig ist von der Art des enthaltenen Wirkstoffes, der Höhe der Dosis und der individuellen Empfindlichkeit.

Zu den Arzneimitteln, die süchtig machen können, zählen vor allem Medikamente mit psychotroper Wirkung, d. h.,

- der Hauptwirkungsort liegt im Zentralen Nervensystem (Rückenmark, Gehirn),
- die psychischen Prozesse, wie z. B. die Wahrnehmung, das Empfinden von Gefühlen, sind verändert.

Die Bundesärztekammer gibt den Ärzten zur Diagnose eines schädlichen Medikamentengebrauchs bzw. einer Abhängigkeit Hinweise, wie bei wachsamem Auge äußerlich sichtbare Auffälligkeiten wahrzunehmen sind. Diese Hinweise betreffen vor allem den schädlichen Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln.

„Diagnostische Hinweise auf den am häufigsten vorkommenden schädlichen Gebrauch von Benzodiazepinen können sein:

- Affektive Nivellierung und kritiklose Euphorie
- Dysphorisch-depressive Stimmungslage (Alltagsverstimmungen wie Verdrossenheit, Unzufriedenheit, Missmutigkeit bis hin zu Traurigkeit; die Verfasserin)
- Konzentrationsstörungen, Amnesien (Gedächtnisstörungen; die Verfasserin), Verwirrtheit
- Ataxie, Dysarthrie, Nystagmus (Störungen der Bewegungskoordination wie „daneben zeigen“ oder „daneben greifen“; verschiedene Störungen des Sprechens; Schläfrigkeit und unkontrollierte Bewegungen der Augen wie „Augenzittern“; die Verfasserin)“

Dem Arzt/der Ärztin wird in der Leitlinie nach der Definitionsklärung ein Fragenkatalog an die Hand gegeben, mit dessen Hilfe er bzw. sie klären kann, ob eine Abhängigkeit oder „nur“ ein schädlicher Konsum vorliegt.

### Begriffe und ihr Einfluss auf das Handeln

Wenn der Blick auf die Medikamentenabhängigkeit uns die Sicht auf die Vorbeugung verstellt, müssen andere Zusatzdefinitionen im Betrieb Beachtung finden, die Vorbeugung und die Möglichkeiten für frühe Interventionen bei ersten Auffälligkeiten zulassen.

Katrin Janhsen, Universität Osnabrück, Ärztin und Pharmakologin, hilft mit einer sehr differenzierten Gebrauchsbestimmung, den verantwortungsvollen Umgang mit Medikamenten zu verstärken und eine wachsame Aufmerksamkeit für erste Abweichungen zu schärfen.

Die Differenzierungen lauten:

#### Bestimmungsgemäßer Arzneimittelgebrauch ist ...

eine Anwendung nach der fachlich abgeklärten Indikation, in der korrekten Dosierung, vorgeschriebenen Einnahmedauer und Anwendungstechnik ... so wie der Hersteller die Anwendung in der Packungsbeilage vorsieht.

#### Arzneimittelfehlgebrauch ist ...

ein von der Bestimmung abweichender Gebrauch, das heißt z. B. eine abweichende Indikation, Dosis, Einnahmedauer ...

#### Arzneimittelmissbrauch ist ...

ein vorsätzlicher oder gezielter von der Bestimmung abweichender Gebrauch, das heißt z. B. abweichende Indikation, Dosis, Einnahmedauer; diese Form des Konsums mündet häufig in eine Arzneimittelabhängigkeit.

#### Arzneimittelabhängigkeit ist ...

die nicht bestimmungsgemäße, wiederholte Einnahme von Arzneimitteln, um den Effekt der Substanz wieder zu erleben.

Mit den Begriffen „Bestimmungsgemäßer Arzneimittelgebrauch“ und „Arzneimittelfehlgebrauch“ lassen sich Aufklärungsveranstaltungen für Beschäftigte durchführen, bei denen es zu keiner Stigmatisierung einzelner Konsumenten kommt. Die Begriffe lassen hoffen, dass Beschäftigte in diesen Maßnahmen qualifizierte Grundinformation zur eigenen Entscheidungsfindung im Umgang mit psychisch wirksamen und/oder sicherheitsrelevanten Medikamenten bekommen.

Der Bremer Pharmakologe Gerd Glaeske schreibt in diesem Zusammenhang im Jahrbuch Sucht 2010: Die wirksamste Prävention ist letztlich die Vermeidung von Nebenwirkungen durch die richtige Anwendung und Empfehlung von Arzneimitteln. Fachleute wie Ärzte und Apotheker haben daher eine besondere Verantwortung, die Patienten zu schützen. Die entsprechenden Empfehlungen, zusammengefasst in der **4-K-Regel**, sollten daher immer beachtet werden:

**K**lare Indikation (das Medikament nur einnehmen, wenn eine medizinische Notwendigkeit besteht)

**K**leinste notwendige Dosis

**K**urze Anwendung (maximal 14 Tage)

**K**ein abruptes Absetzen

Der Begriff „Arzneimittelfehlgebrauch“ lässt sich von dem des „Medikamentenmissbrauchs“ sicher nicht immer eindeutig absetzen. Im nachfolgenden Kapitel stellt sich für ein relativ neues Gebrauchsmuster von Medikamenten – nämlich das Gehirndoping am Arbeitsplatz – schon die Frage, ob es sich „nur“ um Fehlgebrauch oder schon um Missbrauch handelt.

## Welche Auswirkungen haben Psychopharmaka auf die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten?

Die „Berufsgenossenschaftliche Vorschrift für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ ist mit den entscheidenden Paragraphen auf Seite 39 der Broschüre zitiert. Hiernach muss der Arbeitgeber im Rahmen seiner Fürsorgepflicht auch bei Beschäftigten, die unter den Auswirkungen von arbeitssicherheitsrelevanten Medikamenten auffällig werden, eingreifen. Diese Notwendigkeit hat der Gesetzgeber in seiner Neufassung der Unfallverhütungsvorschriften erkannt und gezielt neu formuliert.

Hier geht es nicht um eine Bewertung des Handelns des Beschäftigten, sondern um die Erhöhung der Arbeitssicherheit und den Schutz der/des einzelnen Beschäftigten und seiner Umgebung. Es wäre natürlich wünschenswert, wenn das Handeln der Führungskraft in diesem Zusammenhang möglichst wertneutral erfolgen könnte und die betroffene Person sich überzeugen ließe, dass ihre Dienst- bzw. Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist. Es wird aber auch Situationen geben, in denen genau die Wirkungen des Medikaments eine Einsichtsfähigkeit des auffälligen Beschäftigten verhindern. Ein konsequentes Handeln der Verantwortlichen ist gerade hier unumgänglich. Anhand der nachfolgenden Beschreibungen wird deutlich, wie erheblich die Einschränkung der Arbeitssicherheit durch die Wirkungen, die Nebenwirkungen und die Absetzphänomene der psychotropen Medikamente sein können.

### Tranquilizer (Entspannungs- und Beruhigungsmittel) Hypnotika (Schlafmittel)

Ein großer Teil der Tranquilizer und Hypnotika enthalten Benzodiazepine oder Benzodiazepin-ähnliche Wirkstoffe. Diese sind rezeptpflichtig. In höheren Konzentrationen sogar nach den strengen Auflagen der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV). Sie werden verschrieben zur kurzfristigen Behandlung von Spannungs-, Erregungs- und Angstzuständen. Das Behandlungsfeld geht von Phobien, massiven psychosomatischen Störungen, psychotischen Erregungszuständen, Hirnkrampfanfällen, muskulären Verspannungen bis zu behandlungsbedürftigen Schlafstörungen. Häufig werden diese Medikamente auch zur Beruhigung vor operativen Eingriffen oder unangenehmen diagnostischen Untersuchungen, z. B. Magenspiegelungen eingesetzt.

Nervosität, Überbelastung und Erschöpfung gehören eigentlich nicht zum Behandlungsspektrum, werden aber nicht selten als Grund für die Einnahme genannt.

Man unterscheidet zwischen kurz wirksamen Substanzen (5 Stunden), mittellang wirksamen Substanzen (5-20 Stunden) und lang wirksamen Substanzen (über 20 Stunden).

Mit einem längeren Zeitraum der Einnahme besteht die Gefahr einer Gewöhnung an die Substanz und damit einhergehend eine verringerte Reaktion des Körpers darauf. Eine Abhängigkeitsentwicklung ist

auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch möglich, dann, wenn die Einnahme in Dauerkonsum übergeht, der der Befindlichkeitsmanipulation dient.

Um der schnellen Suchtentwicklung bei benzodiazepinhaltigen Präparaten entgegenzutreten, hat die Pharmaindustrie Beruhigungsmittel mit den Wirkstoffen Zolpidem, Zopiclon oder Zaleplon entwickelt. Bei diesen Wirkstoffen wird mit einem geringeren Abhängigkeitsrisiko gerechnet. Inzwischen häufen sich aber Hinweise auf unerwünschte und schwerwiegende Nebenwirkungen (Amnesie, visuelle Wahrnehmungsstörungen, Auslösen von Psychosen, optische Halluzinationen bei Zolpidem), so dass diese Produkte keine echte Alternative darstellen. Die für den Arbeitsplatz relevanten Auswirkungen können nur exemplarisch aufgezeigt werden.

#### Sicherheitsrisiken

- verminderte Konzentrationsfähigkeit
- beeinträchtigte Muskelfunktion möglich, Koordinationsfähigkeit herabgesetzt
- Reaktions- und Leistungsvermögen kann negativ beeinflusst werden
- Schwindel, Müdigkeit, Schlafstörungen, Unruhe
- lange Verweildauer im Blut (Halbwertszeit) möglich, Wirkung noch am nächsten Tag (Hang-over-Effekt)

#### Barbiturate (Schlaf- und Narkosemittel)

Barbiturate sind stark wirksame Schlafmittel, bis auf wenige Ausnahmen wirken sie nicht nur schlafanstoßend, sondern schlafherzwingend. Sie finden daher ihr Einsatzgebiet in der Anästhesie als Betäubungsmittel bei operativen Eingriffen. In der Regel unterliegen sie der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung, BtMVV. Verschrieben werden sie inzwi-

schen seltener als o.g. Tranquilizer, vorwiegend bei nicht beherrschbaren Schlafstörungen.

In geringer Dosierung nehmen sie Ängstlichkeit und Anspannung und wirken beruhigend. Bei Verkrampfungen entfalten sie eine muskelentspannende Wirkung. Bei regelmäßigem Gebrauch lassen die gewünschten Wirkungen schon nach etwa zwei Wochen nach. Eine Erhöhung der Dosis ist dann wahrscheinlich, aber gefährlich, weil bei einer Überdosierung die Gefahr einer zentralen Atemlähmung besteht. Die für den Arbeitsplatz relevanten Auswirkungen können nur exemplarisch aufgezeigt werden.

#### Sicherheitsrisiken

- Müdigkeit bis in die Arbeitsphase hinein, evtl. aber auch eine Kombination mit Psychostimulantien, die als Aufputschmittel helfen, die Müdigkeit zu überwinden
- mangelnde Konzentration
- Unterschätzung von Gefahren
- Verminderung der Reaktionsfähigkeit
- Körperliche und seelische Abhängigkeit mit entsprechenden Auswirkungen.
- Beim Absetzen des Medikaments treten Entzugssymptome (Angustzustände, stetige Unruhe, Schlaflosigkeit) auf.

#### Analgetika (Schmerzmittel)

Zwischen den zentral und den peripher wirkenden Schmerzmitteln wird unterschieden:

- Opiate und Opioide sind sehr stark wirkende Schmerz- und Betäubungsmittel, die auf das Zentrale Nervensystem wirken. Das bekannteste Mittel bei den Opiaten ist das Morphin, das aus dem Schlafmohn gewonnen wird. Angesichts der euphorisierenden, aber stark suchterzeugenden Wirkung wurde nach Alternativen gesucht. Opioide sind

synthetisch oder teilsynthetisch hergestellte Substanzen, die morphin-ähnliche Wirkungen haben. Sie wirken nicht nur lokal bei Verletzungen, sondern im gesamten Organismus und machen abhängig. Opiate und Opioide werden z. B. bei Krebserkrankungen oder chronischen Schmerzen, die anders nicht mehr behandelbar sind, eingesetzt. Sie unterstehen der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV), das bedeutet, die Verschreibung erfolgt auf Spezialrezeptformularen und unterliegt der staatlichen Kontrolle. Das Kodein, welches sowohl in Schmerzmitteln wie auch in Hustenmitteln vorkommt, ist ebenfalls ein Opiatabkömmling, unterliegt aber nur eingeschränkt der BtMVV.

- Nichtopioide Schmerzmittel, sogenannte „einfache Schmerzmittel“, wirken peripher, das bedeutet, sie bekämpfen die Schmerzen nur im verletzten Gewebe. Im Gegensatz zu den vorher genannten haben sie keinen Einfluss auf das Zentrale Nervensystem. Über 80 % dieser Arzneien sind ohne Rezept erhältlich.

lich. Dieser Schmerzmittelgebrauch ist überwiegend eine Selbstmedikation ohne Zutun und Verordnung der Ärzteschaft. Bei bestimmungsgemäßer Anwendung, das heißt nicht häufiger als ein- bis dreimal monatlich mit höchstens vier bis zehn Tabletten, besteht kein Missbrauchs- und ggf. Abhängigkeitsrisiko.

- Kombinationspräparate sind Schmerzmittel, die neben dem gezielt schmerzstillenden Wirkstoff wie Acetylsalicylsäure oder Paracetamol zusätzlich Kodein als dämpfenden bzw. Koffein als aufputschenden Wirkstoff enthalten. Diese zweite Wirkstoffkomponente birgt wiederum die Gefahr des Missbrauchs. Die meisten Kombinationsmittel sind inzwischen verschreibungspflichtig. Bei den nicht rezeptpflichtigen sind allerdings immer noch 18 % aller verkauften Schmerzmittel solche Kombinationspräparate.

Im Jahre 2008 wurden insgesamt 156 Mio. Packungen Schmerzmittel verkauft, davon 126 Mio. ohne Rezept (rund 81 %). Die Schmerzbehandlung zeigt sich vornehmlich in Form einer Selbstmedikation.

#### Beispiele für Schmerzmittel mit einem möglichen Missbrauchspotenzial (2004)

Rezeptpflichtige Mittel (mit Tilidin und Naloxon bzw. Tramadol)	Packungsmenge	Nichtrezeptpflichtige Mittel (koffeinhaltig)	Packungsmenge
<b>Präparat</b>		<b>Präparat</b>	
Valoron N	1,9 Mio.	Thomapyrin	13,9 Mio.
Tramadolor Hexal	1,4 Mio.	Vivimed mit Coffein	2,1 Mio.
Tramadol-ratio	1,1 Mio.	Neuralgin	1,9 Mio.
Tramal	1,1 Mio.	Titralgan	1,4 Mio.
Tilidin	0,8 Mio.	Neuranidal	1,2 Mio.
		Optalidon N	0,8 Mio.

Glaeske, in Jahrbuch Sucht 06

### Sicherheitsrisiken

- Unruhe, Reizbarkeit
- Blutdruckabfall bis hin zu starken Kreislaufproblemen
- manchmal hypnotische und euphorisierende Symptome
- psychomotorische Leistungsfähigkeit ist stark eingeschränkt beim Absetzen
- beim Absetzen können Kopfschmerzen eintreten
- bei häufiger Einnahme (mehr als die Hälfte der Tage im Monat) kann ein medikamenteninduzierter Dauerkopfschmerz eintreten – Indizien für einen sogenannten „Analgetika-Kopfschmerz“ finden sich ausführlich bei Gerd Glaeske im Jahrbuch Sucht 2010.

Bezogen auf das Thema „riskanter Konsum von Kopf- bzw. Migräne-Schmerzmitteln“ häufen sich die Aussagen von Experten, die raten: Patienten sollten nicht häufiger als drei Tage in Folge oder mehr als 10 Tage im Monat diese Arzneien einnehmen.

### Antidepressiva und Neuroleptika

Hier handelt es sich um psychoaktive Substanzen, die auf das Zentrale Nervensystem wirken, ohne Suchtpotenzial zu besitzen. Unerwünschte Nebenwirkungen können Schlaflosigkeit, Übelkeit, Durchfall und Störungen der Sexualfunktion sein. Bei etwa 30-50 % der Patientinnen und Patienten treten nach längerer Einnahmedauer (6-8 Monate) schwerwiegende Absetzsymptome auf. Daher wird kontinuierliches Herabsetzen der Dosis empfohlen. Trotz dieser negativen Begleiterscheinungen sind sie den benzodiazepinhaltigen Beruhigungsmitteln überlegen und werden in zunehmendem Maße verordnet.

**Antidepressiva** werden bei depressiven Beschwerden wie Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, negativem Selbstwertgefühl, Antriebsmangel, ängstlicher Erregung und Gefühlen der Leere verschrieben. Neben stimmungsaufhellenden Effekten haben diese Mittel je nach Zusammensetzung eine zusätzliche zweite Wirkung: entweder beruhigend, dämpfend oder auch im Gegenteil dazu aktivierend.

### Sicherheitsrisiken

- Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens, ggf. auch bei sachgemäßer Anwendung
- Antriebssteigerung bis zur Selbstüberschätzung
- Zentralnervöse Begleiterscheinungen wie Schwindel
- Krampfschwelle erniedrigt

**Neuroleptika** werden bei psychotischen Störungen wie Wahnerlebnissen, Halluzinationen und bei Schizophrenie eingesetzt. Sie dämpfen Erregungs- und Verwirrheitszustände. Die Konsumenten wirken unter der Einnahme wie „in Watte gepackt“.

### Sicherheitsrisiken

- Dämpfung
- Antriebsminderung
- Störungen der Psychomotorik und Koordination
- bei langfristiger Einnahme kommt es zu „Spätdyskinesien“, damit sind Störungen der Bewegungsabläufe wie Zittern, Wippen und Grimassenschneiden gemeint
- Mundtrockenheit und Sehstörungen sind möglich

### Psychostimulantien

Diese Medikamente werden zur Überwindung von Müdigkeit, zum Aufputschen genommen. Sie helfen, Erschöpfungszustände zu überspielen, und steigern gleichzeitig die Konzentration und Leistungsfähigkeit. Sie werden auch als „Weckamine“ bezeichnet. Die Wirkstoffe sind ephedrin- oder amphetaminhaltige Substanzen, die auf das Zentrale Nervensystem wirken. Als Nebenwirkung hemmen sie das Hungergefühl, was sie als Appetitzügler oder Schlankheitsmittel beliebt macht. Psychostimulantien sind rezeptpflichtig.

Die Indikation für den Einsatz von Psychostimulantien ist nach dem Leitfaden der Bundesärztekammer zum Thema „Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ wie folgt:

- Linderung von Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität bei ADHS-betroffenen Personen (ADHS: Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom; die Verfasserin)
- Milderung der Tagesschläfrigkeit bei Narkolepsie-Patienten (Narkolepsie: unwiderstehlicher Schlafdrang am Tage; „Schlafkrankheit“, die Verfasserin)

An dieser Stelle sei nur verkürzt darauf hingewiesen, dass es Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften gibt, nach denen die Diagnose und Behandlung von ADHS geregelt sind. Eine kritische Betrachtung und Erklärung der Zunahme von Verschreibungen des Wirkstoffes „Methylphenidat“, ein Betäubungsmittel und Wirkstoff in den Medikamenten Ritalin, Concerta, Equasym oder Medikinet, erfolgt bei Gerd Glaeske im Jahrbuch Sucht 2010, Seite 69 ff.

### Sicherheitsrisiken

- die Konsumierenden neigen zur Selbstüberschätzung
- Unterdrückung von Schlafbedürfnis und Hungergefühlen
- wenn die aufputschende Wirkung des Medikamentes nachlässt, kann ganz plötzlich eine Schlafattacke folgen
- psychische Abhängigkeitsentwicklung
- psychotische Reaktionen sind möglich
- Auszehrung des Konsumenten bei länger dauernder Einnahme

Sowohl die Darstellung der Risiken in der Publikation des ADAC (Seite 67) als auch die hier beschriebenen Sicherheitsrisiken zeigen die erhebliche Einschränkung der Arbeits- bzw. Dienstfähigkeit durch die Wirkungen und Nebenwirkungen der psychotropen Medikamente. Neben den Führungskräften und dem Betriebsrat sind auch die Fachkräfte für Arbeitssicherheit und vor allem die Betriebsärzte bzw. Arbeitsmediziner gefordert. Im Rahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes muss eine Aufklärung der Beschäftigten stattfinden, die die Fragen des Versicherungsschutzes einschließt.

### Handlungsmöglichkeiten im Betrieb zur Prävention

- Gefährdungsbeurteilung aller Arbeitsplätze nach § 5 Arbeitsschutzgesetz
- Bedarfsorientierte Analyse psychischer Belastungen
- Arbeitsmedizinische Vorsorge bei Risikotätigkeiten
- Informations- und Aufklärungsaktivitäten zur Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitsgefährdung bei längerem Gebrauch psychotroper Medikamente



## Fit für den Arbeitsplatz oder Leistungssteigerung mit allen Mitteln?

Die Arbeitswelt verlangt immer mehr Anpassungsfähigkeiten der Beschäftigten für Veränderungsprozesse, wie Umstrukturierungen in der Organisation, Bereitschaft zum Wechsel des Wohnortes sowie flexible Arbeitszeiten bis hin zur dauerhaften Erreichbarkeit des Arbeitnehmers. Neue Kommunikationstechnologien verändern Arbeitsprozesse und stellen die Nutzer vor die Anforderung, Arbeitsbeziehungen neu zu gestalten. Gearbeitet wird zunehmend in Projekten und in Teamarbeit. Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen sind mit Unsicherheiten bezüglich ihres Arbeitsplatzes, mit Wettbewerb und Termindruck konfrontiert. So sind neben körperlicher Fitness vor allem auch kognitive und psychische Ressourcen der Beschäftigten gefragt. Ein erwünschtes Profil von Bewerberinnen und Bewerbern für eine Stelle ist: schnelle Auffassungsgabe und Informationsverarbeitung, Kreativität, Kommunikationsfähigkeit, gutes Erinnerungsvermögen, fokussierte Aufmerksamkeit, Ausdauer und Stressresistenz.

Was aber ist mit jenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die aufgrund von Einschränkungen in ihrer Gesundheit durch Krankheit oder dauerhafte Fehlbelastungen oder wegen ihres höheren Alters die genannten Fähigkeiten zeitweise oder dauerhaft nur noch eingeschränkt aufweisen können?

### Psychische Belastungen als eine Ursache für den Konsum von Medikamenten

Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen hat das Marktforschungsinstitut Kantar Health beauftragt, den Zusammenhang von Arbeitsbelastung und Schlaf herauszufinden. In einer Umfrage wurden 2.322 Berufstätige im Alter zwischen 18 und 65 Jahren befragt.

Ergebnisse der Studie, die 2010 vorgestellt wurde: 84 % der Befragten sind außerhalb ihrer regulären Arbeitszeit für Kunden, Kollegen und Vorgesetzte per Internet, Festnetzanschluss oder Handy erreichbar. Die Hälfte der Befragten (51 %) ist sogar jederzeit „stand-by“. Die Trennung von Berufs- und Privatleben fällt dadurch immer schwerer. Jedem Siebten macht die ständige Erreichbarkeit für berufliche Belange zu schaffen. Spannend ist allerdings auch die Aussage von zwei Dritteln der Befragten, dass ein ständiges „Stand-by“ nicht offiziell verlangt wird. Fast die Hälfte der Befragten (46 %) geht keiner „regulären“ 5-Tage-Woche nach. Sie arbeiten regelmäßig an Samstagen, Sonn- und Feiertagen, im Schicht-, Nacht- oder Bereitschaftsdienst. Jeder zweite Befragte ist von Schlafproblemen betroffen. Bei der Hälfte der Berufstätigen treten Schlafprobleme sowohl an Arbeitstagen als auch an arbeitsfreien Tagen auf. Als häufigsten Grund gaben die Befragten an: allgemeiner Stress, knapp gefolgt von beruflichem Stress bzw. beruflicher Überforderung, dem „Nicht-abschalten-Können von der Arbeit“ sowie privaten Sorgen und familiären Problemen.

„Ein Volk im Dauerstress“, titelt im Mai 2009 die Hannoversche Allgemeine Zeitung. Sie nimmt Bezug auf eine Studie der Techniker Krankenkasse (TK). Die TK befragte 1.014 Personen zwischen 14 und 65 Jahren zu ihrem Stresspegel, ihrem Umgang mit Stress und gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Zusammengefasst: Acht von zehn Befragten erleben ihr Leben als stressig. Jeder Dritte steht nach eigenen Angaben sogar unter „Dauerstrom“. Stressfaktor Nummer eins ist der Studie zufolge der Job. Jeder Dritte arbeite am Limit, getrieben von Hektik, Termindruck und einem zu hohen Arbeitspensum.

In diesem Zusammenhang wundern die Folgen nicht: In Deutschland sind inzwischen die „psychischen Erkrankungen“ die vierthäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit. „Psychische Störungen“ machen 10 % der Arbeitsunfähigkeitstage aus. Finanziell ist das Leid der Betroffenen nicht einschätzbar. Für die Allgemeinheit entstehen volkswirtschaftliche Kosten in Höhe von etwa 6,3 Milliarden Euro, davon entfallen etwa 3 Milliarden auf die Krankenbehandlungen und etwa 3 Milliarden auf den Produktionsausfall.

Wo sind die Übergänge von „sich belastet fühlen“ und dementsprechenden Befindlichkeitsstörungen und einem diagnostizierten psychischen Krankheitsbild? Wann ist der Einsatz von Psychopharmaka indiziert und wo liegt ein Fehlgebrauch dieser Mittel vor – wie auf Seite 68 bei den Definitionen des Medikamentenkonsums beschrieben? Klare Grenzen scheinen schwer definierbar.

Zu diesen genannten Konsumgründen fügt sich ein weiterer ein, nämlich der Einsatz von Medikamenten bei Gesunden zur Steigerung der eigenen kognitiven Fähigkeiten und/oder psychischen Befindlichkeiten.

### Doping am Arbeitsplatz oder Neuro-Enhancement oder „das optimierte Gehirn“

Was ist Enhancement? Der Begriff kommt aus dem Englischen und bedeutet „verbessern, aufwerten, mehr“. Neuro-Enhancement kann auch durch operative Eingriffe zu therapeutischen Zwecken erfolgen, wie z. B. durch „Hirnschrittmacher“.

An dieser Stelle ist aber ausschließlich das psychopharmakologische Enhancement gemeint, d.h. die nicht medizinisch indizierte Verabreichung von Medikamenten, die für Patienten mit Depressionen, Aufmerksamkeitsstörungen, Narkolepsie, Demenzerkrankungen oder Bluthochdruck entwickelt wurden.

Die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) hat ihren Gesundheitsreport 2009 unter das Schwerpunktthema „Doping am Arbeitsplatz – Leistungssteigerung durch Psycho- und Neuro-Pharmaka“ gestellt. Von den 3.000 Personen im Alter von 20 bis 50 Jahren war 43,5 % der Befragten bekannt, dass es Medikamente gibt, die eigentlich zur Linderung und Behandlung von alters- und krankheitsbedingten Gedächtniseinbußen oder Depressionen entwickelt wurden, aber auch bei Gesunden wirken. Immerhin gaben 5 % an, schon einmal den Versuch unternommen zu haben, mit Medikamenten ihre Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz zu steigern.

Der DAK-Vorstand Herbert Rebscher hat bei der Vorstellung der Studie einen zum Nachdenken anregenden Vergleich gezogen: „Es besteht die Gefahr, dass Menschen in dieselbe Dopingfalle tappen wie Sportler, die sich für einen Wettkampf fit machen. Denn auf lange Sicht besteht bei den Medikamenten ein hohes Nebenwirkungs- und Suchtpotenzial.“  
Im DAK-Gesundheitsreport 2009 sind die in diesem Sinn als potent erachteten Psycho- und Neuropharmaka genannt:

#### Wirkstoffe zur Verbesserung kognitiver Leistungen

Wirkstoffklasse	Pharmakologische Wirkung
<b>Psychostimulantien</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Methylphenidat</li> <li>• Modafinil</li> </ul>	Steigerung der Konzentrationsfähigkeit, Leistungs- und Entscheidungsbereitschaft, psychophysischer Aktivität sowie Unterdrückung von Müdigkeit und körperlicher Abgeschlagenheit; Verbessert die Wachheit und Vigilanz (Daueraufmerksamkeit) während des Tages
<b>Antidementiva</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Piracetam</li> <li>• Donepezil, Galantamin, Rivastigmin</li> <li>• Memantin</li> <li>• Dihydroergotoxin</li> </ul>	Verbesserung kognitiver Fähigkeiten durch Anregung des Hirnstoffwechsels Verzögert das Fortschreiten der Verschlechterung der geistigen und Alltagskompetenzen  Verbesserung von Lernen, Erinnern und der Fähigkeit zur Alltagsaktivität Einfluss auf Lern- und Gedächtnisleistung durch Beschleunigung geistiger und psychomotorischer Vorgänge

#### Wirkstoffe zur Verbesserung des psychischen Befindens

Wirkstoffklasse	Pharmakologische Wirkung
<b>Antidepressiva</b> (selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluoxetin</li> <li>• Citalopram</li> </ul>	Wirkt stimmungsaufhellend und steigert den Antrieb bzw. die Handlungsbereitschaft
<b>Beta-Rezeptorenblocker</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metoprolol</li> </ul>	Hemmung der aktivierenden Wirkung von Adrenalin und Noradrenalin und damit Dämpfung des stimulierenden Effekts des Sympathikus* auf das Herz

\*leistungssteigernder, willentlich nicht gesteuerter Teil des Nervensystems

In der Zeitschrift „Gehirn und Geist“ geben von 170 Personen sogar 60 % der Befragten an, Arzneimittel zur Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit nehmen zu wollen, wenn keine Nebenwirkungen zu befürchten und die Arzneien erhältlich wären.

Aufgeschreckt hat eine Online-Umfrage des Wissenschaftsmagazins „Nature“. Weltweit haben sich hier 1.400 Wissenschaftler beteiligt, die über ihren Medikamentengebrauch berichtet haben. 20 % gaben an, bereits ohne medizinische Indikation zu Medikamenten gegriffen zu haben, um Konzentration, Aufmerksamkeit und Erinnerungsvermögen anzuregen. Untersuchungen zeigen, dass in den USA ein verstärktes Vorkommen des Enhancements besteht. Ob sich diese Entwicklung auch für Deutschland bestätigen lässt, steht noch nicht fest. Zumindest gibt es bislang noch keine zuverlässigen Zahlen. Experten raten auch dazu, dem Thema nicht allzu viel öffentlichen Raum zu geben, damit es nicht zu einer sich „selbst-

erfüllenden Prophezeiung“ wird. Allein die Veröffentlichung der o. g. Wirkstoffe und ihrer pharmakologischen Wirkungen birgt schon ein gewisses Risiko. Interessant gestaltet sich auch die Diskussion um die ethische Bewertung des Neuro-Enhancements. Da sind Polarisierungen vorprogrammiert: Diejenigen, die mit Suchtmittelabhängigen arbeiten, sehen im Enhancement ein missbräuchliches Verhalten mit der Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung. Andere Experten sehen in diesem Medikamentenkonsument z. B. die Möglichkeit zu mehr Chancengleichheit für weniger Belastbare. Saskia Nagel, Wissenschaftlerin für Kognitionswissenschaften an der Universität Osnabrück, sucht nach Motiven des Enhancements für Gesunde und stellt zur Disposition:

- das Streben nach Überwindung von Grenzen, Selbsterfahrung, Selbstverwirklichung
- Sehnsucht nach einem Mittel, das ermöglicht, den wachsenden Ansprüchen im Privat- und Arbeitsleben standzuhalten
- Sorge, nicht genug aus sich „herauszuholen“

Zurzeit ist es noch eine Vision, aber was geschieht, wenn Enhancement mit der Begründung „zum Wohle anderer“ seine Legitimierung bekommen würde. Zu denken wäre dabei an Berufsgruppen wie z. B. Piloten, Mediziner, deren Aufmerksamkeits- und Konzentrationsvermögen zweifelsohne allen Beteiligten von höchster Bedeutung ist.

Um Menschen nicht in die „Enhancement-Falle tappen zu lassen“, können Arbeitgeber durch ihren Beitrag eine wirkliche Alternative bieten:

### Gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen

Kategorien	Kriterien
Handlungsspielraum	Reihenfolge der Arbeitsschritte selber bestimmen; Einfluss auf die zugeteilte Arbeit haben; Arbeit selbstständig planen und einteilen können
Vielseitigkeit	Bei der Arbeit dazulernen können; Wissen und Können voll einsetzen können; häufig wechselnde, unterschiedliche Aufgaben haben
Ganzheitlichkeit	Arbeitsergebnis gibt Auskunft über die Qualität, Begleitung des Arbeitsvorganges von Anfang bis Ende
Soziale Unterstützung	Sich auf Kolleginnen und Kollegen verlassen können; Unterstützung durch Vorgesetzte; Zusammenhalt im Team
Zusammenarbeit	Gute Austauschmöglichkeiten im Arbeitsteam; ständige Rückmeldungen über die Qualität der Arbeit
Qualitative Arbeitsbelastung	Arbeitsaufgaben entsprechen den Fachkenntnissen und Erfahrungen; Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit sind angemessen
Quantitative Arbeitsbelastung	Ausreichende Zeit zur Bewältigung des Arbeitspensums; Regelungen zu Aufgabenprioritäten
Information	Benötigte Informationen liegen vor; keine Informationsüberflutung
Arbeitsunterbrechungen	Möglichkeiten zum Rückzug bei Arbeiten mit hohen psychomentalen Anforderungen
Kundenkontakte	Unterstützung bei der Verarbeitung emotional belastender Situationen
Motivation	Wertschätzung der Arbeit; Wechsel des Aufgabengebietes ist möglich

Peschke, auf der Fachtagung der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen 2010 „Neuro-Enhancement“

### Ist es im betrieblichen Alltag überhaupt möglich, Beschäftigte mit Medikamentenproblemen zu erkennen?

Den bestimmungsgemäßen Gebrauch von psychisch wirksamen Medikamenten im Rahmen der vorbeugenden Arbeit zu thematisieren, ist sehr gut möglich. Einzelne Beschäftigte zu erkennen, die auffällig werden aufgrund einer Medikamentenproblematik, ist ein eher schwieriges Unterfangen.

Beschäftigte beginnen häufig mit der Einnahme von Psychopharmaka, um Belastungen auszuhalten und gut zu „funktionieren“. Die Medikamente werden verschrieben und die Patientinnen und Patienten haben das Gefühl, das Richtige für sich zu tun. Dementsprechend ist kein Schuldgefühl vorhanden. Sie fühlen sich wieder belastbarer und/oder in besserer Gemütsverfassung. Eventuell reagieren sie bei entsprechender Nachfrage mit Offenheit und berichten über eine diesbezügliche Verschreibung durch den behandelnden Arzt. Diese Eingangssituation kann positiv sein und muss nicht zwangsläufig hinterfragt werden. Sofern der Veränderungsprozess der oder des Beschäftigten jedoch zu Auffälligkeiten mit Verletzungen der arbeitsvertraglichen Pflichten beziehungsweise Störungen des betrieblichen Ablaufs führt, ist die Fürsorge des Arbeitgebers gefragt.

Medikamente enthalten sehr unterschiedliche Wirkstoffe, die wiederum auch das Verhalten in sehr differenzierter Weise beeinflussen. Die Bandbreite reicht hier u.a. von intensiv aufputschend bis hin zu stark beruhigend und einschläfernd. Um den eingenommenen Wirkstoffen entsprechende Veränderungen wahrzunehmen, macht es Sinn, die Darstellung der „ver-

kehrswirksamen Psychopharmaka“ auf Seite 67 und das Kapitel „Welche Auswirkungen haben Psychopharmaka auf die Arbeitssicherheit?“ noch einmal zu lesen.

Die folgenden Auffälligkeiten sind eher allgemeiner Art und beziehen sich vornehmlich auf Menschen, die einen langfristigeren – vielleicht schon abhängigen – Medikamentenkonsum, ggf. mit Steigerung der Dosis entwickelt haben. Dramatische Auffälligkeiten am Arbeitsplatz sind eher selten. Leistungseinschränkungen über lange Zeiträume prägen dagegen häufiger das Erscheinungsbild.

### Mögliche Auffälligkeiten im Leistungsverhalten

- Betroffene verlieren schnell den Überblick
- die Arbeitsvorgänge nehmen zunehmend mehr Zeit in Anspruch
- die Arbeitsqualität lässt nach
- Fehler nehmen aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten zu
- es kommt zur schlechteren Informationsaufnahme und Verarbeitung von Vorgaben
- Personen werden unzuverlässig und unpünktlich
- häufigeres – auch unentschuldigtes – Fehlen am Arbeitsplatz, Begründungen für Abwesenheit werden oft auch mit „Arztbesuchen“ gerechtfertigt
- Klagen über die zu hohen Arbeitsbelastungen nehmen zu



## Mögliche Auffälligkeiten im Sozialverhalten

- am deutlichsten ist die Tendenz zum Rückzug, die Person isoliert sich
- häufige Stimmungsschwankungen gekennzeichnet entweder durch Rückzug von Mitmenschen oder fehlender Distanz, d. h., die betroffene Person beschlagnahmt ihr Gegenüber ganz
- Teilnahmslosigkeit bis hin zur Gleichgültigkeit
- Betroffene sind übermäßig harmoniebedürftig, sie scheuen jede Auseinandersetzung
- sie sind überangepasst und total korrekt

## Mögliche Auffälligkeiten im Gesundheitsbild

- innere Spannung und Nervosität nehmen zu
- seelische und/oder körperliche Befindlichkeitsstörungen werden häufig thematisiert
- permanent erschöpft sein, verbunden mit dem Klagen: „Mir wird alles zu viel!“
- häufige Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Antriebsarmut oder das Gegenteil in ausgeprägter Form: Hyperaktivität, Unruhe, „getrieben sein“
- unerklärtes Herzrasen, Schweißausbrüche
- verwaschene Sprache und trunkene Reaktionen ohne Alkoholfahne

Das ungute Gefühl, vielleicht auch bereits das Wissen um die besonderen Schwierigkeiten, lässt Verantwortliche zögern, das Gespräch mit Betroffenen zu suchen. Vorgesetzte nehmen damit Sicherheitsrisiken in Kauf, lassen die betroffene Person in ihrem problematischen Handeln allein und setzen das Betriebsklima aufs Spiel.

Während zu Beginn der Medikamenteneinnahme vielleicht sogar das Miteinander am Arbeitsplatz besser ist, weil die betroffene Person „umgänglicher“ wird und nicht andauernd depressive Verstimmungen hat, so wird auf Dauer diese künstlich hergestellte Euphorie doch zur Belastung für die Gruppenmitglieder. Eine Ausgrenzung ist vorprogrammiert. Sowohl zum Schutz der Betroffenen als auch zum Schutz des Gleichgewichtes in der Gruppe ist Vorgesetztenhandeln gefragt. Im Folgenden werden Gesprächsmöglichkeiten am Arbeitsplatz erläutert.

Die Einsicht, ein Medikamentenproblem zu haben und selber etwas dagegen unternehmen zu müssen, ist ein sehr langwieriger Prozess. Die Abwehr dagegen ist stark. Bei Personen, die eine „Niedrig-Dosis-Abhängigkeit“ haben, werden Auffälligkeiten kaum sichtbar. Ihr Verhalten würde sich erst stark verändern, wenn ihnen die niedrige Dosis verwehrt würde. Hier findet jedoch in der Regel keine Intervention statt, da die geringe Menge kaum Argwohn erzeugt und die schwierige Auseinandersetzung am Arbeitsplatz vermieden wird.

## Wie können Personalverantwortliche Betroffene ansprechen?

Die verschiedenen Gesprächsmöglichkeiten finden sich ausführlich beschrieben in dem Kapitel „Wie können Beschäftigte mit substanzbezogenen Auffälligkeiten am Arbeitsplatz angesprochen werden?“

(Seite 47). Hier werden die Gesprächsmöglichkeiten entsprechend den unterschiedlichen Anlässen in verkürzter Form noch einmal aufgezeigt:

„Interventionen im Rahmen betrieblicher Suchtprävention bedeuten, Beschäftigte schon früh bei gesundheitlichen oder sozialen Problemen anzusprechen. Anlass der Intervention von Vorgesetzten sind Signale im Arbeits- und Leistungsverhalten von Beschäftigten, die Störungen im Arbeitsablauf oder eine Verletzung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten verursachen oder sich diese Pflichtverletzungen mittelfristig als Folge abzeichnen.

Auffälligkeiten am Arbeitsplatz können sich z. B. zeigen:

- in der Arbeit und in der Leistung ...
- in An- und Abwesenheitszeiten ...
- im sozialen Verhalten gegenüber Vorgesetzten, Kollegen/innen und Kunden ...
- im Umgang mit der eigenen Gesundheit und dem eigenen Leben ...

Diese Auffälligkeiten können durch verschiedene Faktoren verursacht werden, etwa durch

- persönliche Lebenskrisen (z. B. Tod im persönlichen Umfeld, Probleme mit Partnern und /oder Kindern, Trennung, finanzielle Probleme);

- Konflikte am Arbeitsplatz (z. B. unzureichende Aufgaben- und Rollenklarheit, Konkurrenz unter Kolleginnen und Kollegen, Druck von oben);
- Riskanter oder schädigender Suchtmittelkonsum (z. B. Alkohol, Medikamente, Drogen) oder suchttähnliche Verhaltensweisen (z. B. Arbeitssucht, pathologisches Spielen, Essstörungen, pathologischer PC-Gebrauch)
- Psychische Beeinträchtigungen (z. B. Ängste, Depressionen, manische Phasen)
- Befindlichkeitsstörungen (z. B. Stress, Überforderung, Burn-out, psychosomatische Erkrankungen)

Die Fürsorge von Personalverantwortlichen konzentriert sich darauf, durch frühzeitige Ansprache der Auffälligkeiten einer Verfestigung oder Verstärkung der Probleme vorzubeugen, Wege zur Hilfe durch interne oder externe Beratung aufzuzeigen und die betroffenen Personen darin zu bestärken, das beanstandete Verhalten zu korrigieren. In Stufengesprächen wird dies unter Umständen zwei oder drei Mal wiederholt. Alle weiteren Schritte zur Verbesserung des gesundheitlichen und sozialen Wohlbefindens liegen in der Verantwortung der angesprochenen Personen selbst. Auf ihren Wunsch hin sollten sie allerdings auf weitere betriebliche Unterstützung (z. B. Beratung) zurückgreifen können.“

Wienemann, Elisabeth; Schumann, Günter  
Standards der Alkohol-, Tabak-, Drogen- und Medikamentenprävention in deutschen Unternehmen und Verwaltungen,  
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Hamm,  
überarbeitete Fassung 2011

### Fürsorgegespräch

- Anlass ist: Persönliche, soziale oder gesundheitliche Probleme der betroffenen Person werden am Arbeitsplatz sichtbar. Bei Fortsetzen des Verhaltens wird eine Verletzung der arbeitsvertraglichen Pflichten als wahrscheinlich gesehen.
- Führungskraft führt ein vertrauliches Gespräch begründet durch die Sorge um die weitere Entwicklung.
- Das Fürsorgegespräch hat keinen Disziplinarcharakter!
- Schriftliche Aufzeichnungen sind nicht erforderlich.

### Klärungsgespräch

- Anlass ist: Wiederholte oder schwerwiegende Verletzungen der arbeitsvertraglichen Pflichten liegen vor.
- Führungskraft ist sich nicht sicher, ob die Verfehlungen in Zusammenhang mit Substanzgebrauch oder nicht stoffgebundenem Problemverhalten\* stehen oder anders zu begründen sind.
- Neben der Sorge steht die Erwartung an eine positive Veränderung.
- Gesprächsnotiz über den Anlass und die Zielvereinbarung wird ausgehändigt.

### Stufengespräche

- Verletzung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten beruht mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Substanzkonsum oder nicht stoffgebundenem Problemverhalten\*.
- In mehreren Gesprächen (4-5) wird auf die Erfüllung der Pflichten aus dem Arbeits-/ Dienstvertrag hingearbeitet.
- Hilfeangebote für die angenehme Hintergrundproblematik und Sanktionen für die Pflichtverletzungen ergänzen sich.
- Die Gespräche werden dokumentiert (siehe Stufenplan).

\* nicht stoffgebundenes Problemverhalten: Ess-Störungen, Medienkonsum, Glücksspiel usw.

Das Fürsorgegespräch und das Klärungsgespräch können also auch zu einem ganz anderen Ergebnis in den Ursachen kommen, als es der vermutete riskante Medikamentenkonsum ist. Aber um Zusammenhänge zu verstehen, muss die Führungskraft zunächst erst einmal das Gespräch suchen. Sollten sich im direkten Kontakt vermehrt Anzeichen für einen substanzbedingten Hintergrund ergeben oder spricht die betroffene Person selber

ihre ärztliche Behandlung und damit einhergehend verschriebene Medikamente an, dann ist Achtsamkeit gefragt. Sollte es zum Einsatz des Stufenplanes kommen, dann ist bereits im ersten Stufengespräch die Aufforderung an die betroffene Person auszusprechen, sich mit dem behandelnden Arzt in Verbindung zu setzen, um sich mit ihm über die weitere notwendige Medikation und deren Wirkungen und Nebenwirkungen bezogen auf den Arbeitsplatz

und/oder über eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu beraten. Der Hinweis, sich eine weitere Fachmeinung durch einen niedergelassenen Arzt (ggf. bei einer Suchtberatungsstelle auf Honorarvertrag angestellt) einzuholen oder aber auch betriebsärztliche Beratung in Anspruch zu nehmen, darf erfolgen. Rechtlich nicht zulässig ist es, sich von Seiten des Arbeitgebers in die Behandlung, hier speziell in die Verordnungsvorgabe des behandelnden Arztes, einzumischen!

### Chancen des Fürsorgegespräches bei medikamentenbedingten Auffälligkeiten

Die beste Aussicht auf Erfolg hat hier eine frühe Intervention. Die Gründe zur Einnahme, trotz Schmerzen oder seelischer Beeinträchtigung leistungsfähig zu bleiben, können in einem „Fürsorgegespräch“ geäußert werden. Über die Verordnung des Medikaments durch den Arzt bzw. die Ärztin ist die Einnahme legitimiert und der Konsum muss von der betroffenen Person nicht verheimlicht werden. Wenn die vorgesetzte Person im Fürsorgegespräch die Sorge und Unterstützung als Beweggründe für das Gespräch glaubhaft darstellt, dann könnten in dieser frühen Phase aufgrund der Offenheit der Beteiligten die „Weichen anders gestellt“ werden. Die Möglichkeit, über den Abbau von Belastungen zu sprechen und nach weiteren Alternativen als den Medikamentenkonsum zu suchen, würde sich eröffnen.

Vielleicht stellt sich aber auch heraus, dass die Medikamenteneinnahme zurzeit unumgänglich ist. Dann könnten im Gespräch trotzdem weitere zusätzliche, eventuell ergänzende Lösungsmöglichkeiten für die Belastungssituation der/des Beschäftigten bedacht werden. Die Hilfe einer externen Suchtberatungsstelle oder das vertrauensvolle Gespräch mit dem Betriebsarzt bzw. der Betriebsärztin könnten solche ergänzenden Angebote sein. Eine Überprüfung der Arbeitssituation auf unangemessene Belastungen und die Klärung von eventuellen kollegialen Problemen wären eine Unterstützung durch die Führungskraft, um zur Entlastung beizutragen.

Durch die konkrete Beschreibung der wahrgenommenen Veränderungen macht die/der Vorgesetzte deutlich, dass es negative Auswirkungen der Medikamenteneinnahme gibt. Der/die Beschäftigte hat davon bislang eventuell ein ganz anderes Bild, das von positiven Rückmeldungen geprägt ist. Seit die Psychopharmaka wirken, sind vielleicht sogar Äußerungen von anderen gefallen wie: „Jetzt bist du wenigstens nicht mehr so empfindlich!“ oder „Endlich hältst du wieder was aus!“ Verstärkt durch diese positiven Bestätigungen ihres Handelns, wird die betroffene Person jetzt irritiert sein, dass es auch diese unangenehme Wahrnehmung gibt. Diese Rückmeldung muss erst verarbeitet werden! Was aber durch diese Rückmel-

dung erst möglich wird, ist eine veränderte Kommunikation mit dem behandelnden Arzt. Wenn bislang auf die Frage nach dem Befinden mit der Medikamenteneinnahme immer mit einer positiven Antwort pariert wurde, dann kann die/der Patientin/Patient jetzt auch die ungünstigen Auswirkungen, die sich am Arbeitsplatz zeigen, beschreiben. Da diese zwischen Arzt und Patient bislang noch kein Thema waren, hat es für beide auch keine Rolle gespielt. Mit der jetzigen Schilderung der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und ggf. der Arbeitssicherheit und eventuell auch auf das soziale Verhalten am Arbeitsplatz kann die/der behandelnde Ärztin/Arzt Konsequenzen ziehen. Vielleicht ist ein anderes Medikament oder eine geringere Dosierung oder ein geplantes Absetzen möglich.

Hier soll nur aufgezeigt werden, welche Chancen in dem Fürsorgegespräch liegen. Die Bitte der Führungskraft an die betroffene Person, doch mit dem behandelnden Arzt über die Auswirkungen zu sprechen, ist natürlich erlaubt! Wie aber bereits erwähnt: Der Arbeitgeber selber, vertreten durch die Führungskraft, darf nicht in die Verordnungspraxis des Arztes eingreifen! Die betroffene Person hat das Recht, in den Gesprächen mit der Führungskraft sich über die Gründe ihrer Auffälligkeiten nicht zu äußern! Rechtlich gesehen gilt die Erkrankung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern als deren „Privatsache“, es sei denn, es handelt sich um eine arbeitsbedingte Erkrankung oder um einen Arbeitsunfall. Aber auch wenn sie sich in dem direkten Kontakt verschließt, so ist ihr doch die Fürsorge überbracht worden und es besteht die berechtigte Hoffnung, dass das Gespräch nachwirkt.

### Besonderer Hinweis

Nicht selten überlagert die Medikamentenproblematik eine psychische Erkrankung. Für den betrieblichen Ablauf bedeutet dies, dass, selbst wenn das Suchtmittel nicht mehr genommen wird, Verhaltensauffälligkeiten existent sind, die das Arbeitsverhältnis belasten. Es wäre im Rahmen dieser Broschüre zu weitführend, den Umgang mit psychisch kranken Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu thematisieren. Die Familien-Selbsthilfe Psychiatrie BApk e.V. hat zusammen mit dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen 2006 eine empfehlenswerte Praxishilfe herausgegeben mit dem Titel „Psychisch krank im Job. Was tun?“ Das hierin beschriebene „H-I-L-F-E Konzept“ (Hinsehen; Initiative ergreifen; Leitungsfunktion wahrnehmen; Führungsverantwortung; Fördern – Fordern; Experten hinzuziehen) bietet einen guten Ansatz zum konstruktiven Vorgehen am Arbeitsplatz.



## Illegale Drogen

## Illegale Drogen – ein nicht wahrgenommenes Problem am Arbeitsplatz?

Der Arbeitsplatz ist bezüglich illegaler Drogen keine Insel, sondern ein Spiegelbild des Alltags. Es wurde bislang vielleicht vermutet, dass aufgrund des Verbots der Missbrauch von illegalen Drogen den Arbeitsplatz nicht erreicht.

In dem Leitfaden zu Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen werden die Betriebe und Verwaltungen auf diesen Punkt besonders aufmerksam gemacht:

»Die Tatsache, dass eine Reihe von Drogen als „illegal“ qualifiziert sind, führt häufig zu der Fehlannahme, der Konsum dieser Drogen sei gesetzlich generell verboten. Die gesetzliche Regelung bezieht sich jedoch ausschließlich auf den Besitz und die Verteilung der Drogen. (Dies folgt aus dem Rechtsgrundsatz, dass die Selbstschädigung – hier infolge des Konsums – straflos ist. Andererseits soll durch den Konsumenten keine Gefahr für Dritte und die Allgemeinheit ausgehen. Daher verbietet das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) nahezu alle Handlungen und Zustände, die den Konsum umgeben. Nach § 29 Abs. 1 Nr. 1 und 3 des BtMG wird bestraft, wer Betäubungsmittel unerlaubt anbaut, mit ihnen Handel treibt, sie ohne Handel zu treiben einführt, ausführt, veräußert, abgibt, sonst in den Verkehr bringt, erwirbt oder sich in sonstiger Weise verschafft bzw. ohne Erlaubnis besitzt. Die Verfasserin.) Daraus folgt für Betriebe und Einrichtungen die Notwendigkeit, den Umgang mit illegalen Drogen am Arbeitsplatz ebenso wie den mit anderen Suchtmitteln intern zu regeln, wenn sie Fragen

des Konsums nicht der alleinigen Verantwortung der Beschäftigten überlassen wollen ...

### Standard

Das Ziel der betrieblichen Suchtprävention, Punktnüchternheit am Arbeitsplatz, bezieht sich nicht nur auf Alkohol, sondern auf alle Arten von Suchtmitteln, auch illegale Drogen.

Es sollten klare Regeln für alle Beschäftigten zum Umgang mit illegalen Drogen im Betrieb festgeschrieben werden und die Sanktionen und Hilfeangebote bei Verstoß gegen die Absprachen abgestimmt sein. Folgende Regeln können z. B. unter Einbeziehung des Betriebs-/Personalrates verabschiedet werden:

- Der Konsum illegaler Drogen unterbleibt während der Arbeitszeit und in den Pausen.
- Das Mitbringen illegaler Drogen an den Arbeitsplatz ist untersagt.
- Das Verteilen/der Verkauf illegaler Drogen auf dem Gelände des Betriebes ist verboten und wird zur Anzeige gebracht.
- Ein Verstoß gegen eine der oben stehenden Regelungen führt konsequent zur Intervention und zum Einstieg in den Stufenplan.
- Die Personalverantwortlichen sollten bei der Schulung für die Intervention bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz, insbesondere in Fragen der Arbeitssicherheit, auch auf die Möglichkeit der Beeinflussung des Mitarbeiters bzw. der Mitarbeiterin durch illegale Drogen hingewiesen werden.“

Der Umfang des Problems Konsum illegaler Drogen am Arbeitsplatz lässt sich nicht genau bestimmen. In der drogenpolitischen Diskussion wird heute zwischen verschiedenen Konsummustern unterschieden. Diese sind: Probier- und Experimentierkonsum, Gelegenheitskonsum und Gewohnheitskonsum. Nicht alle Konsumenten von illegalen Drogen sind abhängige Menschen. Vor diesem Hintergrund interessieren die Aussagen zum Konsum illegaler Drogen in den letzten zwölf Monaten und die Konsummenge.

Im Suchtsurvey von 2009 wurde eine repräsentative Stichprobe von 8.030 erwachsenen Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren mit einem Fragebogen zum persönlichen Konsummuster von psychoaktiven Substanzen befragt. Zu den Fragen des Konsums illegaler Substanzen ergaben sich u.a. folgende Ergebnisse:

**1** 6,4 % der Männer und 3,1 % der Frauen gaben an, in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert zu haben. „Im Durchschnitt berichtete eine von 20 Personen, innerhalb des letzten Jahres Cannabis genommen zu haben. Mit zunehmendem Alter nehmen die Konsumerfahrungen deutlich ab. So liegt der Anteil der Konsumerfahrungen bei

den unter 30-Jährigen durchschnittlich bei 14 %, bei den Älteren bei etwa 2 %.

**2** Im Vergleich zu Cannabis finden sich für alle anderen illegalen Substanzen wie z. B. Ecstasy, LSD, Heroin, Kokain, Crack, Pilze, Spice nur geringe Konsumzahlen von unter 1 %. Das heißt: Cannabiskonsumenten sind diejenigen, mit denen am ehesten am Arbeitsplatz gerechnet werden muss.

Die nachfolgenden Angaben basieren auf der Deutschen Suchthilfestatistik, DSHS, für die im Jahr 2008 u. a. die Daten von bis zu 753 ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe erhoben wurden. Bei den hier relevanten 144.045 betreuten Patientinnen und Patienten hatten 27.243 Personen die Hauptdiagnose „Störungen aufgrund von Opiatkonsum“. Bei der differenzierten Statistik zur beruflichen Integration standen die Meldungen von 509 Einrichtungen zur Verfügung, die sich auf 17.854 Opiatabhängige bezogen. Selbst in dieser ausgewählten Gruppe befindet sich ein nicht unerheblicher Anteil von Personen, die sich in einem Ausbildungsverhältnis oder darüber hinaus in einem Arbeitsverhältnis befinden – wie nachfolgende Tabelle zeigt.

Berufliche Integration Opiatabhängiger	Frauen	Männer
Erwerbstätige gesamt, davon:	15,9 %	24,1 %
• Auszubildende	2,3 %	2,0 %
• Arbeitsplatz vorhanden	13,6 %	22,1 %
Erwerbslose	64,8 %	57,2 %
Nicht Erwerbspersonen	18,5 %	17,9 %
Berufliche Rehabilitation	0,8 %	0,8 %

Da sich Cannabiskonsumenten seltener als behandlungsbedürftig definieren oder seltener aufgrund einer gerichtlichen Vorgabe zur ambulanten Behandlung aufgefordert werden, ist die Bezugsgröße dieser Konsumentengruppe in der DSHS geringer. Immerhin geben 39 % von 12.459 Personen an, erwerbstätig zu sein. Der Prozentsatz derjenigen, die sich nicht in Behandlung einer ambulanten Suchthilfeeinrichtung befinden und einen gewohnheitsmäßigen Cannabiskonsum haben und mit den Auswirkungen ihres Konsums erwerbstätig sind, dürfte noch größer sein.

#### Was bedeuten diese Ergebnisse für den Arbeitsplatz?

Den „drogenfreien Betrieb“ oder die „drogenfreie Verwaltung“ gibt es nicht. Funktionsträger müssen realisieren, dass es nicht der „armselige Junkie vom Bahnhofsvorplatz“ ist, der ihnen am Arbeitsplatz begegnet, sondern ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin, der/die häufig ein relativ unauffälliges Erscheinungsbild zeigt. Bei den sogenannten Gelegenheitskonsumenten wird es in erster Linie um

vereinzelte Tage mit Auffälligkeiten gehen. Solche Tage, an denen sich am Vortag in der Freizeit „die Gelegenheit ergab“. Da die Substanzen Wirkstoffe enthalten, die im Körper nur sehr langsam abgebaut werden, kann es hier zu Auffälligkeiten kommen, wie es beim „Restalkohol“ auch der Fall ist. Diejenigen, die einen gewohnheitsmäßigen Konsum haben, werden diesen auf Dauer am Arbeitsplatz nicht kaschieren können. Auch bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz, die auf den Konsum von illegalen Drogen deuten, ist von den Personalverantwortlichen bei akuter Beeinträchtigung der Arbeitssicherheit nach dem Handlungsschema auf Seite 39 und dann entsprechend nach dem Interventionsleitfaden zu verfahren. Diesbezügliche Auffälligkeiten begründen keine panikartigen Reaktionen. Eine sachliche Einschätzung der Drogenproblematik ist Voraussetzung für konstruktive Lösungen. Die vorliegenden Konzepte zur Suchtprävention und Suchthilfe – beschrieben in den Standards – bieten einen qualifizierten Rahmen auch für das Thema „Illegale Drogen am Arbeitsplatz“.

#### Cannabis

Cannabis ist der wissenschaftliche Ausdruck für Hanf. In Deutschland werden in begrenztem Umfang mit spezieller Genehmigung Hanfpflanzen zur Gewinnung von Papier, Baumaterial, Textilien usw. angebaut.

Das Harz der Hanfpflanze dient als Rauschmittel, denn darin ist das psychisch wirksame „Delta-9-Tetrahydrocannabinol“, kurz THC genannt, enthalten.

Die Höhe des THC-Gehaltes sagt etwas über die Intensität der Wirkungen aus. Cannabis steht insofern für die beiden Produkte: Haschisch und Marihuana.

- Haschisch ist das gepresste Harz der weiblichen Pflanze. Der THC-Gehalt liegt in der Mehrzahl der Proben zwischen 5-12 %.
- Marihuana sind die getrockneten Blüten, Blätter und Stängelspitzen der weiblichen Cannabispflanze. Der THC-Gehalt liegt in der Mehrzahl der Proben zwischen 1-7 %.
- Es gibt inzwischen hoch veredelte Pflanzen mit einem THC-Gehalt bis zu 20 % und mehr.

Haschisch und Marihuana werden in der Regel mit Tabak vermischt und dann als „Joint“ oder „Stick“ geraucht. Seltener wird es in Wasserpipeförmchen geraucht, Tee hinzugefügt oder in Kekse eingebacken. Beim Rauchen von Cannabis tritt die Wirkung unmittelbar nach dem Konsum ein und hält je nach THC-Gehalt zwischen einer bis vier Stunden an.

#### Wirkungen von Cannabis

Mit den Wirkungen von Cannabis harz auf die menschliche Psyche beschäftigten sich bereits seit Beginn des vorangehenden Jahrhunderts zahlreiche Arbeiten. Euphorie, ein sogenanntes „High-Gefühl“, leichte Benommenheit, Verstärkung der inneren und äußeren Wahrnehmung, Veränderung des Zeitgefühls, Verbesserung der visuellen Leistung werden genannt. Die Wirkungen können von Person zu Person sehr unterschiedlich sein. Sie sind sehr stark abhängig von der anfänglichen Gemütsverfassung der Konsumenten und der Situation, in der Cannabis geraucht

wird. Generell lässt sich sagen, dass die bereits vorhandenen Gefühle des Konsumenten durch Cannabis verstärkt werden. In einer negativen Ausgangssituation kann es zu unerwünschten Wirkungen wie Angst, Panik, Orientierungslosigkeit, Furcht vor Verselbständigung der Gedanken bis hin zu alptraumartigen, halluzinationsähnlichen Erlebnissen kommen. Es ist bislang nicht erwiesen, dass Cannabis körperlich abhängig macht. Beim Absetzen des Cannabis können leichte Entzugssymptome auftreten. Beim direkten Konsum kommt es in der Regel zu akuten körperlichen Wirkungen:

- Anstieg des Blutdruckes
- Senkung des Augen-Innendruckes
- leichte Steigerung der Herz- bzw. Pulsfrequenz
- Rötung der Augen
- Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses
- Verminderung der Reaktionszeit

Neuere Forschungen haben entdeckt, dass im Gehirn des Menschen „Cannabisrezeptoren“ existieren, die in einer ganzen Reihe von Gehirnabschnitten zu finden sind und die durch das THC bzw. seine Stoffwechselprodukte aktiviert werden. THC verschwindet aus der Blutbahn relativ schnell. In den Fettgeweben und in verschiedenen Organen wie Leber, Lunge, Milz und Herzmuskel kommt es dagegen zu einer Ablagerung und Anreicherung der Substanz bzw. ihrer Abbauprodukte. Hierdurch kann der Abbau bis zu 30 Tagen dauern. Die Ausscheidung erfolgt über Stuhl und Urin.



## Rechtliche Situation

Die Gefährlichkeit von Cannabisprodukten und eine entsprechende Strafverfolgung werden seit Beginn des 20. Jahrhunderts diskutiert. In der Mitte des 19. Jahrhunderts wurde Cannabis in Form von „Pillen“ und „Tinkturen“ in Apotheken verkauft. Im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) wird Cannabis als illegale Droge aufgeführt und der Erwerb, Besitz, Handel usw. werden unter Strafe gestellt. Die Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes im Jahr 1992 zeigt die Bereitschaft des Gesetzgebers, den Erwerb und Besitz geringer Mengen Cannabis zu entkriminalisieren. Im § 31 a des BtMG wird der Staatsanwaltschaft die Möglichkeit gegeben, von einer Strafverfolgung abzusehen, wenn „die Schuld des Täters als gering anzusehen ist, kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht und der Täter die Betäubungsmittel lediglich für den Eigengebrauch in geringer Menge anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt“. Die Bundesländer legen den Begriff der geringen Menge unterschiedlich aus. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass in den meisten Bundesländern Cannabis in einer Menge von sechs Gramm sanktionsfrei bleibt, wenn keine Fremdgefährdung vorliegt.

Gemäß § 316 StGB und § 24a StVG ist das Fahren unter der Wirkung von Cannabis verboten. Aber auch der reine Drogenbesitz gefährdet den Führerschein. Gemäß § 14 Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) muss

die „Führerscheinstelle“ Hinweisen auf die Einnahme von Betäubungsmitteln durch Führerscheininhaber/innen nachgehen und eventuell die Fahrerlaubnis einziehen. Hinweise können z. B. durch die Polizei oder die Staatsanwaltschaft erfolgen, die Drogen bei dem Betreffenden in der Wohnung gefunden haben. Nach Nr. 9 Anlage 4 zur FeV ist bei regelmäßiger Einnahme von Cannabis und „harten Drogen“ von einer Nicht-Eignung zum Führen eines Kraftfahrzeuges auszugehen. Dabei kommt es nicht darauf an, ob der Betreffende unter Drogen gefahren ist. Bei gelegentlicher Einnahme von Cannabis kann die Eignung weiterbestehen, wenn Fahren und Konsum getrennt sind. Die Fahrerlaubnisbehörde kann die Beibringung von Tests, Gutachten und medizinisch-psychologischen Untersuchungen anordnen.

## Cannabis und Arbeitssicherheit

Dem Konsum von Cannabis kann nicht generell eine Unbedenklichkeit bescheinigt werden. Hier verhält es sich ähnlich wie bei dem Suchtmittel „Alkohol“. Der moderate, gelegentliche Konsum scheint eher keine Gefahr darzustellen, im Gegensatz zum regelmäßigen Konsum. Ein hartes Konsummuster liegt vor, wenn Cannabis dauerhaft oder gewohnheitsmäßig über einen langen Zeitraum gebraucht wird. Dieses Konsummuster birgt Gefährdungspotenzial für die Person selber und andere. Hier ist auch von einem erhöhten Risiko für die Arbeitssicherheit auszugehen.

- Bei dauerhaftem Gebrauch treten Antriebs- und Lustlosigkeit auf. Konsumenten werden sich selber und anderen gegenüber gleichgültig. Es liegt nahe, dass diese Grundeinstellung dazu beiträgt, Sicherheitsregeln zu umgehen oder sie gar nicht zu beachten.
- Gewohnheitskonsumenten entwickeln zunehmend eine seelische Abhängigkeit, die mit dem Zwang einhergeht, das Suchtmittel unter allen Umständen zu beschaffen und zu konsumieren. Bei dieser Konsumentengruppe ist davon auszugehen, dass sie auch am Arbeitsplatz unter der akuten Wirkung von Cannabis steht. Sowohl das Reaktionsvermögen als auch die Möglichkeit des abstrakten Denkens, der schnellen Informationsverarbeitung und die Leistungsfähigkeit des Kurzzeitgedächtnisses sind eingeschränkt. In Studien von Berghaus (1993, 1994, 1995) zu fahrrelevanten Leistungen nach Cannabiskonsum wird unterschieden zwischen automatisierten und kontrollierten Handlungen.

Es steht außer Frage, dass Personen, die unter den akuten Wirkungen von Cannabis stehen, nicht an den Arbeitsplatz gehören. Die bereits zitierten Unfallverhütungsvorschriften geben die gesetzliche Grundlage zum Fernhalten von der Arbeit.

»Automatisierte Handlungen sind solche, die als Ganzes aufgerufen werden und dann ohne zentrale Kontrolle durchgeführt werden. Kontrollprozesse demgegenüber sind charakterisiert durch hohe Bewusstheit und Beanspruchung von zentraler Kapazität. ... Die kontrollierten Handlungen werden umso schlechter ausgeführt, je höher die Cannabiskonzentration ist. Ab 10 ng/ml THC zeigt sich dort ein deutlicher „Einbruch“ der Leistungen. Automatisierte Leistungen werden bei geringen Konzentrationen bis zu etwa 5 ng/ml THC nur sehr wenig verändert. Bei höheren Konzentrationen werden automatisierte Leistungen dann aber sogar deutlich stärker beeinträchtigt als kontrollierte Handlungen.«

Vollrath, Krüger; Auftreten und Risiken von Drogen im Straßenverkehr – eine epidemiologische Studie, in: Niedersächsisches Sozialministerium: Drogenmissbrauch und Verkehrsgefährdung

## Ecstasy

Ecstasy ist eine chemisch hergestellte Droge, in der die Substanz MDMA (3,4-Methylenedioxy-N-methylamphetamin) enthalten ist. Die Begriffe „Ecstasy“ und „MDMA“ werden häufig synonym gebraucht. Bereits zu Beginn des letzten Jahrhunderts wurde der Wirkstoff von der Firma Merck entdeckt. Er sollte als Appetitzügler auf den Markt kommen, was aber unterblieb. In Deutschland ist MDMA seit 1986 dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt und verboten. Ecstasy wird in Form von Pillen mit ausgefallenen Motiven auf den „schwarzen Markt“ gebracht. Nicht selten werden der eigentlichen Substanz andere Wirkstoffe beigemischt.

„Neben der antriebssteigernden Wirkung versetzt Ecstasy die Konsumenten in einen euphorischen Zustand mit gesteigertem Einfühlungsvermögen in das eigene Ich und in die Umgebung. Es fördert die Fähigkeit, persönliche Probleme zu erkennen bzw. sich mit ihnen auseinanderzusetzen und steigert die Kommunikations- und Kontaktfreudigkeit deutlich. Die Konsumenten berichten von seelischer Ausgeglichenheit und gesteigertem Wahrnehmungsvermögen, Angstfreiheit und glücklicher Selbstakzeptanz. Unter Umständen ist jedoch ein rascher Stimmungswechsel von Euphorie zu Angst und Depression zu beobachten.“

Das mit Hilfe von Ecstasy erzeugte positive Lebensgefühl „Angstfreiheit und glückliche Selbstakzeptanz“ wird im Gedächtnis gespeichert und drängt nach Wiederholung. Der Anfang zur Entwicklung einer seelischen Abhängigkeit ist gemacht.

Ecstasy verursacht keine körperliche Abhängigkeit. Die Wirkungen und Nebenwirkungen sollten nicht unterschätzt werden. Sie sind, wie bei allen Suchtmitteln, abhängig von der Höhe der Dosis, der Grundstimmung der Konsumenten und den Umgebungseinflüssen. Die direkten körperlichen Auswirkungen sind z. B. Blutdruck- und Herzfrequenzsteigerungen, Mundtrockenheit, Appetitlosigkeit und bei extremer körperlicher Belastung Hyperthermie (Körpertemperatur steigt auf mehr als 40° C). Untersuchungen zeigen, dass das Ausmaß an drogeninduzierten psychischen Störungen bei Ecstasy hoch ist. Das neurotoxische Potenzial von Ecstasy führt u. U. zu psychotischen Störungen mit Halluzinationen, Personenverkennerung, Wahn, Beziehungsideen und psychomotorischen Störungen.

## Ecstasy und Arbeitssicherheit

Unter der akuten Wirkung von Ecstasy scheint die Arbeitsfähigkeit nur begrenzt gegeben und die Arbeitssicherheit ausgeschlossen zu sein. Selbst wenn der Konsum ausschließlich in der arbeitsfreien Zeit – vornehmlich am Wochenende – stattfindet, hat dieses Auswirkungen auf die Arbeitsleistung.

- Die andauernde nervliche Erregung muss in der Regel mit einer längeren Erschöpfung bezahlt werden. In dieser Phase sind Aufmerksamkeits- und Reaktionsvermögen herabgesetzt. Wer also eine mehrere Tage andauernde Party mit Hilfe von Ecstasy voll ausschöpft, der ist in der Regel am Montagmorgen nicht uneingeschränkt arbeitsfähig. Insofern berührt das Freizeitverhalten das Arbeitsverhalten und sollte daher vom Vorgesetzten angesprochen werden.
- Unerwünschte Nebenwirkungen treten vor allem als Nacheffekte der Einnahme auf. Dazu zählen unter anderem Schläfrigkeit, depressive Verstimmungen, Muskelkater, Konzentrationsstörungen, Mundtrockenheit, Unruhe und Ängstlichkeit. Die regelmäßig konsumierenden sind erst wieder „gut drauf“, wenn das Wochenende in Sicht ist.

- In Forschungsarbeiten wird für regelmäßige Ecstasy-Konsumenten eine starke Beeinträchtigung des „mittelfristigen Gedächtnisses“ festgestellt. In Anbetracht der Tatsache, dass viele Konsumenten in einem Alter sind, in dem Lehre und Schulausbildung stattfinden, sind Gedächtnisleistungen von besonderer Bedeutung. Hier ist das Augenmerk von Ausbildern am Arbeitsplatz gefragt.
- Zu den genannten akuten körperlichen Wirkungen kommt noch hinzu, dass Ecstasy die Pupillen weitet. Das Hell-Dunkel-Sehen ist dadurch gestört, die Blendempfindlichkeit erhöht. Für spezielle Arbeitsabläufe kann durch diese Einschränkung eine erhöhte Sicherheitsgefährdung ausgehen. Da der Arbeitgeber auch für den Weg von und zur Arbeit fürsorgepflichtig ist, stellt sich die Frage, ob nach der Einnahme von Ecstasy die Fahrtüchtigkeit gegeben ist. Nach bisherigem Kenntnisstand ist unter akuter Einwirkung von Ecstasy das Führen von Kraftfahrzeugen nicht möglich.

## Kokain

Kokain ist eine pflanzliche Droge, die aus den Blättern des Kokastrauches (*Erythroxylum coca*), der in Südamerika beheimatet ist, gewonnen wird. Die Blätter enthalten bis zu 2 % Kokain. Aus ihnen wird durch Zerkleinern eine Cocapaste hergestellt, die bis zu 80 % Kokain enthalten kann. Mit Salzsäure weiterverarbeitet, kommt das Kokain in der Regel in Pulverform auf den „schwarzen Markt“. Das kristalline Pulver wird meist durch ein Rohr intranasal geschnupft, im Fachjargon „sniefen“.

1884 verhilft der Psychoanalytiker Sigmund Freud dem Kokain zur großen Aufmerksamkeit. Er berichtet von Selbstversuchen und empfiehlt Kokain als Stimulans gegen körperliche und geistige Erschöpfung, gegen Verdauungsstörungen sowie zur Behandlung der Morphin- und Alkoholsucht. Er weist auf die lokalanästhetisierende Wirkung hin. 1899 kommt es zur ersten Lokalanästhesie mit Kokain durch den Berliner Chirurgen August Bier.

1886 macht allerdings der Psychiater Albert Erlenmeyer auf die Möglichkeit einer Kokainabhängigkeit aufmerksam. Er schildert die Folgen des Kokainkonsums, wie z. B. Abmagerung, leichenähnliches Aussehen, Schlaflosigkeit, Verfolgungswahn, übersteigerte Redseligkeit. Er warnt davor, Kokain als Entzugsmittel für andere Süchte zu benutzen, da Kokain selber eine Droge sei.

Kokain fällt unter das Betäubungsmittelgesetz, das bedeutet, dass u.a. Herstellung, Besitz und Handel unter Strafe gestellt sind.

Auch in der heutigen Zeit scheint Kokain im Gegensatz zu Cannabis und Ecstasy etwas Glorifizierendes anzuhaften, gilt Kokain doch immer noch als Droge der Intellektuellen, der Schönen und Reichen.

„Kokain ist weiter verbreitet, als die meisten annehmen. Alle Berufsgruppen sind betroffen, wobei insbesondere die Image-Berufe wie Schauspieler, Models, Manager, Börsenmakler eine regelrechte Subkultur entwickeln. Die Einnahme von Kokain gehört in manchen Kreisen zum guten Ton, und es wird dabei fast ausschließlich geschnupft. ... Dieses Verfahren bedarf einiger Übung und Utensilien, die der Kostbarkeit der Droge entsprechend imposant sind: Dosierungslöffel aus Gold, zusammengerollte Banknoten als Saugrohr, exklusive Aufbewahrungsbehälter ...“

Parnefjord; Das Drogentaschenbuch

## Wirkungen von Kokain

Kokain ruft eine starke psychische Abhängigkeit hervor. Beim Absetzen des Kokains kommt es zu keinen körperlichen Entzugerscheinungen. Obwohl es körperlich nicht abhängig macht, gibt es gravierende Nebenwirkungen.

Bei den Wirkungen muss unterschieden werden zwischen den von den Konsumenten erwünschten Effekten, den unerwünschten psychischen Begleiterscheinungen und den körperlichen Wirkungen generell, bei langfristiger hoher Dosierung und bei Überdosierung.

In dem bereits zitierten Drogentaschenbuch von Ralph Parnefjord lesen sich die Wirkungen anschaulich:

„Etwas später folgt die erwünschte psychische Wirkung, das Gefühl, leistungsfähiger, stärker und intelligenter zu sein. Die Stimmung ist gehoben, der Antrieb gesteigert. Alltägliche Probleme treten in den Hintergrund. Das Denken wird beschleunigt und reich an Assoziationen. Viele haben das Gefühl, sonst schwer lösbare Probleme während des Rausches klar durchdenken zu können. Das soziale Kontaktverhalten ändert sich ebenfalls. Der Kokainberauschte ist weniger gehemmt, wirkt ansteckend enthusiastisch und direkter im Umgang. Insbesondere sexuelle Hemmungen entfallen, bei erhöhter Libido und verzögertem Eintritt des Orgasmus, weshalb der Droge auch aphrodisierende Eigenschaften zugeschrieben werden. Einfache Halluzinationen, vor allem kribbelnde Hautempfindungen sind nicht selten.“

Diese Darstellungen werden von vielen Experten bestätigt, wobei der Psychiater Hinderk Emrich, emeritierter Drogenforscher an der Medizinischen Hochschule Hannover, einschränkend hinzufügt, dass jemand, der nicht sehr intelligent und dessen Leben einsam und langweilig ist, mit Kokain nicht viel anfangen kann. Damit die Möglichkeiten des Stoffes „Kokain“ sich voll entfalten können, müsse der Konsument die richtige Mischung aus Selbstverliebtheit und intellektuellem Potenzial besitzen. Neuropsychologisch lässt es sich damit erklären, dass Kokain eine bestimmte Gruppe von Nervenfasern im Hirnstamm, die wie eine Art Beschleuniger von Denkprozessen wirken, stimuliert. Außerdem aktiviert Kokain das sogenannte „Belohnungssystem“, indem es die Konzentration des Botenstoffes Dopamin im Gehirn erhöht. Nicht zuletzt dieser Wirkungen wegen titelt „Der Spiegel“ seinen Artikel zum Kokain mit: „Pulver für Alpha-Tierchen“.

Neben den von den Kokainkonsumenten erwünschten Wirkungen kommt es auch zu negativen psychischen Effekten wie Unruhe, Ängstlichkeit, übersteigter Erregbarkeit und seltener zu Verfolgungswahn.



Die körperlichen Reaktionen auf diese Droge sind, bedingt durch die Einnahmeform des „Sniefens“, die Betäubung von Haut und Schleimhäuten sowie eine Verengung der Blutgefäße. Hinzu kommen:

- Anstieg der Herz- und Atemfrequenz
- Anstieg des Blutdruckes
- Anstieg der Körpertemperatur
- Anstieg des Blutzuckerspiegels
- Zunehmendes Schwitzen
- Dämpfung von Hunger und Durst
- Unterdrückung der Müdigkeit
- Erweiterung der Pupillen
- Senkung der Krampfschwelle
- Trockenheit in Mund und Rachenraum

Bei einer Überdosierung kommt es zum Atemstillstand, Herzstillstand und zu Gehirnblutungen.

### Kokain und Arbeitssicherheit

Bei einem Konsum von geringen Mengen (etwa 60–100 mg) als Einzeldosis mit einigen Tagen Abstinenz dazwischen sind kaum Nebenwirkungen zu verzeichnen. Dies bedeutet für den Arbeitsplatz, dass Personen, die eventuell ihrem Konsum nur am Wochenende nachgehen, am Arbeitsplatz eher unauffällig sein werden und keine Ausfallerscheinungen haben. Problematischer wird es für die Arbeitsfähigkeit, wenn der Freizeitkonsum bis kurz vor dem Arbeitsbeginn stattgefunden hat, denn am „Tag danach“ ist mit Einschränkungen in der Wahrnehmung, Reaktionsfähigkeit, Kooperationsfähigkeit und Ausdauer zu rechnen.

„Nach dem Rauschstadium folgt das depressive Stadium. Der abgeklungene Kokainrausch ist durch Müdigkeit, Erschöpfung und eine depressive Verstimmung gekennzeichnet. Trotz der Müdigkeit besteht kein eigentliches Schlafbedürfnis. Allmählich kommt es zu Schuldgefühlen, Selbstwertschwankungen und dem starken Bedürfnis, die Droge erneut einzunehmen. Eine erhöhte Suizidgefährdung wird beschrieben, da die Rückkehr in die Normalität unerträglich erscheint“.

Parnefjord; Das Drogentaschenbuch

Selbst ein moderater Freizeitkonsum verändert die Person und kann sie im betrieblichen Miteinander durch ihre häufigen depressiven Verstimmungen als Nachwirkungen der Einnahme in der Freizeit ein Störfaktor werden lassen. Die Wirkungen der Droge Kokain sind derart verlockend, dass es den wenigsten gelingt, sie nicht dauerhaft einzusetzen. Sofern die psychische Abhängigkeit einen regelmäßigen Konsum fordert, wird es für den Arbeitsplatz problematisch. Hohe Dosisierung führt zu Koordinationsstörungen, Schüttelfrost, Geräuschempfindlichkeit, Ohrensausen, Schwindelgefühlen, Zittern und Krämpfen, Übelkeit und Erbrechen und in einigen Fällen auch zu Herzrhythmusstörungen.

Bei hohen Einnahmemengen kommt es statt zu einer Antriebssteigerung zu einer Sedierung. Der chronische Gebrauch führt zu einer Abnahme des Körpergewichtes, Verringerung der sexuellen Bereitschaft und Vernachlässigung der Körperpflege. Die entzündliche Verletzung der Nasenscheidewand durch das „Sniefen“ des Kokains bis hin zur Perforation der Knorpelwand wird von den Konsumenten kaum wahrgenommen, da die ständige Kokaineinnahme immer auch eine Betäubung der Schleimhäute bewirkt. Betroffene

in diesem Stadium sind am Arbeitsplatz nicht tragbar. Sie müssen angesprochen werden und sich verpflichten, umgehend eine therapeutische Maßnahme in Angriff zu nehmen.

Obwohl der Preis für Kokain in den letzten Jahren ständig gefallen ist, ist es dennoch eine Luxusdroge. Kokainkonsumenten stellen daher durch ihren enorm hohen Geldverbrauch, der häufig zu erheblicher Verschuldung führt, zusätzlich ein Sicherheitsrisiko für den Betrieb dar.

### Sind Kontrollen in Form von Drogen-Screenings das Mittel der Wahl?

Entscheidungsträger sind irritiert, wenn sie erfahren, dass es in ihrem Betrieb einen Drogenkonsumenten gibt. Damit dieses Vorkommnis ein Einzelfall bleibt, wird mit dem Betriebsrat/Personalrat abgesprochen, bei Neueinstellungen zur Kontrolle ein Drogen-Screening (Reihenuntersuchung, Siebtest) durchzuführen. Hält der Betrieb mit dieser Maßnahme das Problem wirklich von sich fern? Was ist mit den bereits länger Beschäftigten? Wann sollen sie getestet werden und ist das Vorgehen rechtlich legitimiert? Es ist immerhin ein weitreichender Eingriff in die grundgesetzlich geschützten Persönlichkeitsrechte. Was ist mit den Bewerbern, die statt des eigenen Urins den der Verwandten zur Untersuchung abgeben? Dieses auszuschließen, würde bedeuten, dass bei der Einstellungsuntersuchung

medizinisches Personal bei jeder Bewerberin und jedem Bewerber den Vorgang kontrolliert.

Was ist mit jenen Personen, die sich von einer Einstellung eine neue Lebenssituation versprechen und die bei einem gelungenen Neubeginn keinen Grund mehr zur Einnahme illegaler Drogen hätten? Entspricht die Kontrollmaßnahme einer modernen Firmenpolitik? Die Möglichkeit einer Einstellung, verbunden mit der Auflage, durch „freiwillige“ Tests die Drogenfreiheit in der Zukunft nachzuweisen, wäre eine gelungene Integration für die Betroffenen, mit welcher Arbeitgeber ihre soziale Verantwortung dokumentieren könnten.

### Was ist unter einem Drogen-Screening zu verstehen?

Bei einem Drogen-Screening handelt es sich um Laboruntersuchungen von Blut, Urin, Speichel, Haaren und ggf. auch Schweiß zur Feststellung der Substanzen verschiedener konsumierter Drogen. Je nach Intensität des Konsums und unterschiedlichen Halbwertszeiten (Zeitdauer, in der die Substanz um 50 % abgebaut wird) können die einzelnen Drogen erkannt und zurückliegende Zeiträume des Konsums ermessens werden. Damit sind sowohl die Konsumenten zu erkennen, die es ausprobiert haben, als auch jene, die bereits langfristig Drogen nehmen.

### Rechtliche Voraussetzungen für ein Drogen-Screening

Drogen-Screenings stellen einen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte des Einzelnen dar und dürfen nur mit der Einwilligung der betroffenen Person erfolgen. Daraus ergibt sich, dass die Untersuchung mit einer angemessenen Zeitspanne vorher angekündigt werden muss. Bei Einstellungsuntersuchungen ist davon auszugehen, dass Bewerberinnen und Bewerber gar nicht in Betracht kommen, die gezielt diesen Test ablehnen. Andererseits hält diese Vorwarnung Betroffene überhaupt davon ab, an der weiteren Bewerbung festzuhalten. Sie kommen gar nicht zum vereinbarten Untersuchungstermin. Eine weitere Möglichkeit wären verfälschte Ergebnisse, da Drogenkonsumenten die Urinproben vertauschen könnten. Dieses auszuschließen, heißt: erhöhte Kontrolle während der Untersuchung.

Der Gesetzgeber hat die Kontrollmöglichkeiten durch medizinische Untersuchungen für den Betrieb eingegrenzt. Er lässt nur für sicherheitsrelevante Bereiche Eignungsuntersuchungen nach gesetzlichen Bestimmungen oder den Unfallverhütungsvorschriften zu.

Jürgen Fleck schreibt dazu: „In der Tat stehen sich Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz einerseits und das Persönlichkeitsrecht des Arbeitnehmers aus Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes einschließlich des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung andererseits gegenüber. Die Güterabwägung führt zum Vorrang des Grundrechts.“

Gegen generelle Drogenkontrollen in Einstellungsuntersuchungen sprechen sowohl die genannten rechtlichen Bedenken als auch sachliche Gründe, nämlich die Gefahr einer überzogenen Sanktion wie die Nichtberücksichtigung bei der Besetzung des Ausbildungsplatzes. Untersuchungen belegen, dass der weit überwiegende Teil der Jugendlichen den Konsum illegaler Drogen nach einer Probierphase wieder einstellt. Ethisch-rechtliche Bedenken weisen auf den Aspekt hin, dass der abgegebene Urin oder die Haarproben die Auswahl von Beschäftigten nach gesundheitlichen Einschränkungen und genetischen Dispositionen grundsätzlich ermöglichen, obwohl sie rechtlich nicht zulässig ist.

In dem Leitfaden zu den Standards in der betrieblichen Suchtprävention sind es diese genannten Gründe, die Elisabeth Wienemann formulieren lassen:

#### Standards

- Generelle Drogentests und Screenings im Betrieb entsprechen nicht den Prinzipien der Suchtprävention.
- Im Einzelfall, bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz in Verbindung mit Substanzgebrauch, kann den Beschäftigten ein Test zur Entlastung angeboten werden. Der Test erfolgt auf freiwilliger Basis mit Zustimmung der betroffenen Person.
- Als Unterstützung der Konsumreduzierung oder des Abstinenzhaltens können individuelle, einzelvertraglich vereinbarte Konsumkontrollen geeignet sein. Sie sollten in geeigneten Einrichtungen außerhalb des Betriebes durchgeführt werden.

Wienemann, Elisabeth; Schumann, Günter  
Standards der Alkohol-, Tabak-, Drogen- und Medikamentenprävention in deutschen Unternehmen und Verwaltungen,  
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Hamm,  
überarbeitete Fassung 2011

### Was kann am Arbeitsplatz alternativ getan werden?

Für den Bereich der Suchtprävention haben sich zielgruppenspezifische Informations- und Schulungsveranstaltungen bewährt. Ausbilderinnen und Ausbilder, Führungskräfte und Mitglieder der Personalvertretungen könnten über Wirkungen, Auffälligkeiten und Umgang mit Betroffenen geschult werden. Sie wären in der Lage, Multiplikatoren in ihren Teams zu sein und ihr Wissen weiterzugeben.

Neben der Prävention stehen konkrete Hilfsmaßnahmen im Einzelfall. Sofern ein Vorgesetzter Auffälligkeiten feststellt, die darauf hindeuten, dass illegale Drogen konsumiert wurden, ist die direkte Ansprache notwendig. Beschäftigte unter den Einwirkungen von illegalen Drogen sind in der Regel nicht arbeitsfähig. Entsprechende Maßnahmen sind ausführlich beschrieben im Kapitel „Wie sollen Personalverantwortliche handeln, wenn Beschäftigte unter akutem Einfluss ...“, Seite 39.

Kommt es zu wiederholten Verfehlungen in den vertraglichen Verpflichtungen sind arbeitsrechtliche Maßnahmen unumgänglich. Da bei Suchtmittelmissbrauch häufig von einem krankheitsbedingten Fehlverhalten ausgegangen werden kann, müssen neben Sanktionen auch Hilfeangebote unterbreitet werden. Es bietet sich an, auf die Stufenpläne zur Gesprächsführung zu verweisen, die bei „Beschäftigten mit Alkoholproblemen“ Anwendung finden. Zurzeit gibt es keine speziellen Gesprächsketten für Mitarbeiter mit Drogenproblemen.



Vorbeugung

## Hilfe ist gut, Vorbeugung ist besser! Wer kann im Betrieb einen Beitrag leisten?

Zum Thema „Alkohol“ finden im Betrieb inzwischen immer häufiger Informationsveranstaltungen statt. Zu den Themen „Konsum von Psychopharmaka“ und „sicherheitsrelevanten Wirkungen und Nebenwirkungen diverser Medikamente“ gibt es in der betrieblichen Prävention jedoch einen Nachholbedarf. Das Thema „illegale Drogen“ ist zwar in der außerbetrieblichen Diskussion ständig in der Öffentlichkeit präsent, aber am Arbeitsplatz wird es oft ausgespart.

Unterschiedliche Funktionsträger haben im Betrieb die Möglichkeit, sich aus ihrer speziellen Sichtweise zu engagieren. Es wäre denkbar, dass die **Fachkraft für Arbeitssicherheit** den Zusammenhang von Alkohol, arbeitssicherheitsrelevant wirkenden Medikamenten und illegalen Drogen und die Gefährdung der Arbeitssicherheit als Informationsbaustein im Betrieb veröffentlicht und damit zur erhöhten Aufmerksamkeit beiträgt. Hier geht es um akute Wirkungen, Nebenwirkungen und Langzeitwirkungen der verschiedenen Substanzen ggf. auch in kleineren Mengen. Zielgruppe dieser Aufklärungsaktionen wären die Beschäftigten insgesamt. Die Fachkräfte für Arbeitssicherheit können dort, wo Auffälligkeiten sich häufen, im Arbeitsschutzausschuss darauf aufmerksam machen und Maßnahmen zur Reduzierung der psychischen und physischen Belastungen am Arbeitsplatz liefern. Ziel wäre die Vermeidung von Arbeits- und Wegeunfällen.

**Führungskräften** kommt in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe eine verantwortliche Rolle zu. Diese Broschüre richtet sich insbesondere an diese Zielgruppe. Ihr eigenes Verhalten im Umgang

mit Substanzen kann vorbildlichen Charakter haben. Ihr Umgang mit Auffälligen kann gesundheitsförderlicher Führung entsprechen, wenn sie frühzeitig intervenieren. Aber darüber hinaus sind es oft auch die kleinen Signale, die große Wirkung zeigen: Geschulte Führungskräfte könnten in ihren Teams über den Umgang mit psychisch wirksamen Medikamenten und riskantem Alkoholkonsum und die Folgen sprechen und sich gegenüber den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in diesem brisanten Thema informiert und offen zeigen.

Ein Ergebnis dabei könnte sein, dass Einzelne im Team ihren bislang unreflektierten Konsum überdenken und vielleicht sogar reduzieren. Ein anderes Ergebnis wäre, wenn das Team die Führungskraft informiert und emphatisch erlebt und sich daher im Bedarfsfall auch „traut“, sich ihr zu öffnen. Die immer wieder geäußerte Angst von Kolleginnen und Kollegen, eine „Denunziantin“ oder ein „Denunziant“ zu sein, wäre damit vielleicht minimiert.

Der **Betriebs- oder Personalrat** ist ebenfalls aufgerufen, einen Beitrag zur Vorbeugung von Suchtmittelproblemen am Arbeitsplatz zu liefern. Er hat sogar das Recht, Aufklärungsveranstaltungen einzufordern! Seine Aufgabe ist es zudem, für gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu sorgen und zu intervenieren, wenn sich substanzbedingte Auffälligkeiten von Beschäftigten in einzelnen Bereichen häufen. Im konkreten Einzelfall wirkt ein geschulter Betriebsrat oder Personalrat in den Stufenplan-Gesprächen mit der auffälligen Person unterstützend. Die Aufgabe im Einzelfall, Hilfe und ggf. auch Sanktionen mitzutragen, erfordert von Interessensvertretern viel „Fingerspitzen-

gefühl“. Daher macht es viel Sinn, wenn sich das gesamte Gremium in einer Schulung zum Thema informiert.

Die **Gleichstellungsbeauftragten** können darauf hinwirken, den geschlechterspezifischen Ansatz in der betrieblichen Suchtprävention zu berücksichtigen. Sie könnten auch selber spezifische Veranstaltungen ausrichten, die den Gemeinsamkeiten – vor allem aber den Unterschieden – Rechnung tragen. Frauen „bevorzugen“ in der Regel andere Substanzen oder problematische, nicht stoffgebundene Verhaltensweisen als Männer. Das Bundesminis-

terium für Gesundheit unterstützt derzeit ein Projekt der Leibniz Universität Hannover. Mit qualifizierten Interviews wird aufgedeckt, mit welchen Bewältigungsstrategien Frauen in Führungspositionen auf Stress reagieren: „Alkoholkonsum als Stressbewältigungsstrategie von weiblichen Fach- und Führungskräften“. Im Fokus dieser Arbeit steht der Alkoholkonsum als Mittel „zum Abschalten“. Anregungen zur Lektüre geschlechterspezifischer Literatur bietet u.a. die Dokumentation der Niedersächsischen Suchtkonferenz 2008: Geschlechterspezifische Ansätze in Suchtarbeit und Prävention.

## Suchtprävention als eigenständiger Teil der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

Die betriebliche Gesundheitsförderung wird unter anderem auch durch die Unterstützung der Krankenkassen nach Sozialgesetzbuch V, § 20, gefördert. Viele Betriebe und Verwaltungen haben aus humanitärer Überzeugung – aber auch um Fehlzeiten zu senken – in den letzten Jahren verstärkt gesundheitsförderliche Maßnahmen für ihre Beschäftigten angeboten. In etlichen Unternehmen ist aus einzelnen Angeboten zur Gesundheitsförderung inzwischen ein Gesundheitsmanagement entstanden, in dem Personal- und Organisationsentwicklung, der Arbeits- und Gesundheitsschutz und die Sozial- und Suchtberatung zum Wohle der Beschäftigten miteinander kooperieren.

Das Konzept der Gesundheitsförderung ist geprägt von der „Salutogenese“, der Lehre der Entstehung von Gesundheit. Betriebliche Angebote stehen demzufolge unter dem Motto „Gesundheit erhalten“. In erfolgreichen Konzepten wird gesund-

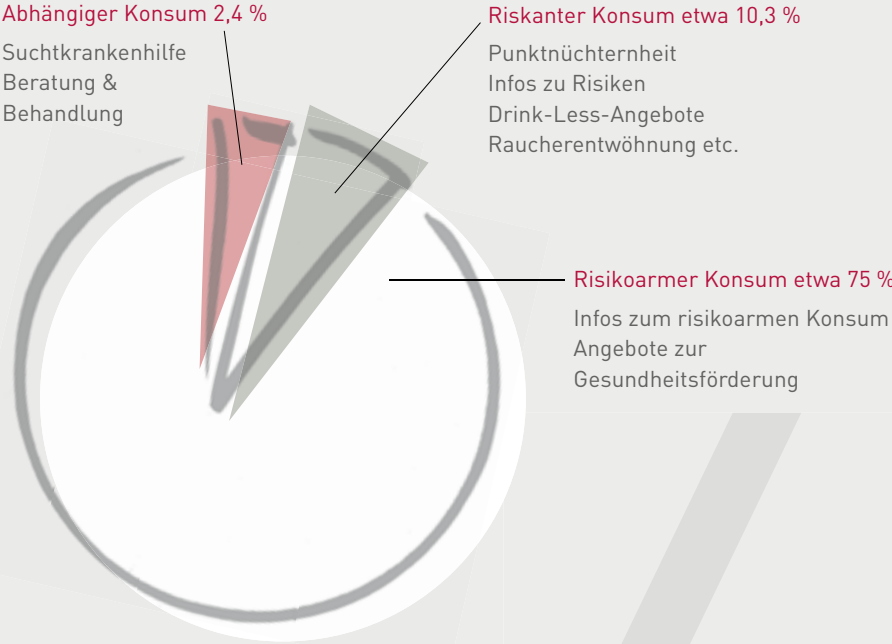
heitsförderliches Verhalten verstärkt. Die betriebliche Suchtprävention war lange geleitet vom Konzept der „Pathogenese“, der Lehre von der Entstehung von Krankheit. Suchtmittelmissbrauch und daraus folgend Suchterkrankungen zu verhindern, ist ihr erklärtes Ziel. Wenn die Veranstaltungen jedoch ausschließlich diese Zielsetzung verfolgen, geht es „in den Köpfen“ der potenziellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer oft um einzelne „schwere Fälle“, bei denen eine Lösung durch die Leitungsebene erwartet wird.

Diesbezügliche Informationsveranstaltungen und Schulungsmaßnahmen finden daher eher weniger Zuspruch. In der Regel werden solche Angebote nur in größerem Umfang besucht, wenn die Leitung des Unternehmens gezielt dazu auffordert und damit Interesse an der Teilnahme ihrer Führungskräfte dokumentiert. Indem sich die Suchtprävention aber öffnet für sachliche Informationen über den

risikoarmen Konsum von Alkohol oder den bestimmungsgemäßen Gebrauch von psychoaktiven Medikamenten oder den verantwortungsvollen Umgang mit sicherheitsrelevanten Arzneien, stellt sie ihre Nähe zur Gesundheitsförderung her. Sie unterstreicht ihre Ziele und vermeidet, zum wiederholten Male moralisch intendiert vor der Gefahr der Abhängigkeit zu warnen.

Um mit den Akteuren des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, deren gesetzlicher Auftrag in der Gesunderhaltung und Verminderung physischer und psychischer Belastungen liegt, zu kooperieren und um für einen größeren Teil der Beschäftigten durch neue Botschaften attraktiv zu werden, muss die Suchtprävention ihr Spektrum wie im nachstehenden Ampelmodell dargestellt erweitern.

### Konsumentengruppen von 18 - 64 Jahren



\* ein Konsum, der mit hoher Wahrscheinlichkeit zu physischen, psychischen und sozialen Folgeschäden führt.  
Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2009

Die Zahlen machen deutlich: Eine allgemeine Gesundheitsförderung ersetzt nicht die spezifische Suchtprävention! Sie hat eine eigene Existenzberechtigung. Beide Konzepte werden mit anderen betrieblichen Konzepten zum Arbeits- und Gesundheitsschutz, zur Personal- und Organisationsentwicklung, zum Quali-

tätsmanagement zu einem „betrieblichen Gesundheitsmanagement“ zusammengeführt (weiterführende Literatur: Bertelsmann- Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung (Hg.): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik, Vorschläge der Expertenkommission, 2. Aufl. Gütersloh, 2004).

Maßnahmen	Verhältnisorientiert	Verhaltensorientiert
Suchtmittel-spezifische Prävention	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abbau suchtfördernder Arbeitsbedingungen</li> <li>Einschränkungen der Verfügbarkeit von Suchtmitteln</li> <li>Bereitstellung von alkoholfreien Getränken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Information und Aufklärung über die Wirkung von Suchtmitteln, riskantem Konsum, Abhängigkeit</li> <li>Information über die Ziele und Möglichkeiten der Suchtprävention und -hilfe</li> <li>Angebote zur individuellen Konsumreduzierung (Nichtraucherkurse, Drink-Less-Programme)</li> <li>Regelungen zum Suchtmittelkonsum (Drogen, Alkohol, Nikotin), Punktnüchternheit</li> <li>Qualifizierung und Sensibilisierung der Vorgesetzten</li> </ul>
übergreifende Prävention	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schaffung gesunderhaltender und motivierender Arbeitsbedingungen</li> <li>Verbesserung des Betriebsklimas</li> <li>Gefährdungsbeurteilung, Gesundheitszirkel, partizipative Arbeitsgestaltung (Teilhabe)</li> <li>Gesundheitsorientierte Führung</li> <li>Arbeitsbewältigungscoaching</li> <li>Betriebliches Eingliederungsmanagement</li> <li>Work-Life-Balance-Konzepte, Vereinbarkeit von Familie und Beruf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erweiterung der Gesundheitskompetenz</li> <li>Stressbewältigung und Selbstmanagement</li> <li>Konfliktmanagement</li> <li>Mentale und körperliche Fitness</li> <li>Gesundheitscoaching, Gesundheitschecks</li> <li>Intervention bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz</li> </ul>

Die Aufstellung der Maßnahmen ist den „Standards der Alkohol-, Tabak-, Drogen- und Medikamentenprävention in deutschen Unternehmen und Verwaltungen“ von 2011 entnommen. Hier macht Elisabeth Wienemann auch umfangreiche konkrete Vorschläge zur Umsetzung, einschließlich zielgruppenspezifischer Prävention.

Zu dem Thema „gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen“ siehe auch Seite 80.

Auch bewährte Konzepte fordern immer Personen am Arbeitsplatz, die diese Prozesse mittragen und voranbringen müssen. Ein großer Teil der Verantwortung muss von den Führungskräften

geschultert werden. Das achtsame und wertschätzende Miteinander-Umgehen und der persönliche Kontakt zu den Beschäftigten stehen dabei im Vordergrund. Erfahrungen zeigen, dass in kleineren Organisationseinheiten, in denen Führungskräfte ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kennen, ihnen täglich begegnen und in kleinen Ritualen ihnen Aufmerksamkeit schenken, Auffälligkeiten frühzeitig erkannt und angesprochen werden. Selbst wenn dabei Fehler unterlaufen, so demonstrieren die Vorgesetzten durch ihr „Eingreifen“ immer auch ihr Interesse an der Person. Zu dieser Haltung können Führungskräfte nur ermutigt werden.



## Anhang

# Musterbetriebsvereinbarung

## Beispiel

Betriebsvereinbarung, die sich an die DHS-Qualitätsstandards für die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe anlehnt.

Zwischen der

## Firma

– vertreten durch die Geschäftsführung –

und dem

## Betriebsrat

wird gemäß § 87 Abs. 1 Ziffer 1 und 7 Betriebsverfassungsgesetz eine **Betriebsvereinbarung zur Vorbeugung von riskantem Konsum und zum Umgang mit Suchtproblemen am Arbeitsplatz** vereinbart.

## Präambel

Suchtprävention und Hilfe bei Suchtgefährdung werden als Teil des Gesundheitsmanagements der GmbH sowie als Beitrag zur Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes und der Gesundheitsförderung verstanden.

Durch riskanten Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingte Verhaltensweisen am Arbeitsplatz können Gesundheit und Sicherheit der Mitarbeiter/innen erheblich beeinträchtigt werden. Die Vorbeugung von Gefährdungen und die sachgerechte Hilfe zur konstruktiven Lösung von Suchtproblemen sind zentrale Ziele dieser Vereinbarung.

Umfassende Aufklärung sowie frühzeitige und konsequente Intervention bei Auffälligkeiten gehören zu den wirksamsten Maßnahmen der Vorbeugung von Suchtproblemen am Arbeitsplatz. Mit zunehmender Dauer des riskanten Konsums und Verhaltens steigen die Gesundheitsgefahren und zeigen sich negative Auswirkungen in allen Lebensbereichen. Bei Suchtgefährdung und -erkrankung werden die Beschäftigten unterstützt, fachkundige Beratung und Behandlung aufzunehmen.

Grundsätzlich sind bei Anzeichen von riskantem Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten im kollegialen Umfeld alle Beschäftigten auf jeder Hierarchiestufe aufgerufen, die wahrgenommenen Auffälligkeiten im Rahmen ihrer Möglichkeiten anzusprechen und frühzeitig auf die interne oder externe Unterstützung hinzuweisen.

## § 1 Geltungsbereich

Geschäftsführung und Betriebsrat sind sich einig, dass die Verfahren und Angebote dieser Betriebsvereinbarung für alle Beschäftigten der GmbH entsprechend Anwendung finden.

## § 2 Ziel der Betriebsvereinbarung

Ziel ist es,

- Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen,
- durch Information und Aufklärung riskanten Suchtmittelkonsum und Suchtgefährdung zu vermeiden,
- die Arbeitssicherheit zu erhöhen und den Arbeitsschutz zu erweitern,
- den Personalverantwortlichen Handlungsleitlinien zur Prävention und Intervention an die Hand zu geben,
- bei Suchtproblemen frühzeitig Hilfe anzubieten und Suchtgefährdete im Gesundheitsprozess zu unterstützen und die Verantwortungsstruktur hierfür festzulegen,
- allen Beschäftigten ein transparentes Vorgehen bei Auffälligkeiten und ein verbindliches Hilfeangebot zu gewährleisten,
- den Einsatz interner Beratungskräfte und/oder Ansprechpartner für Suchtfragen zu regeln und die Vernetzung von internen und externen Hilfeangeboten zu fördern.

## § 3 Steuerung des Suchtpräventionsprogramms

- (1) Für die Umsetzung dieser BV und die Weiterentwicklung des Suchtpräventions- und -hilfeprogramms wird ein Steuerkreis Suchtprävention/Gesundheit eingerichtet. Er setzt sich wie folgt zusammen:
  - ein/e Vertreter/in der Geschäftsführung bzw. der Personalleitung,
  - ein Mitglied des Betriebsrats,
  - die zentrale Ansprechperson für Suchtfragen oder eine/r ihrer Vertreter/innen,
  - weitere Interessenvertretungen (nach Betriebsstruktur),
  - interne Fachkräfte aus dem Personal- und Gesundheitsmanagement,
  - externe Experten/Expertinnen (bei Bedarf).Er tagt nach Bedarf, mindestens jedoch einmal im Kalenderjahr.
- (2) Der Steuerkreis hat die Aufgabe, das Suchtprogramm auf der Basis dieser BV umzusetzen, zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Er stimmt die Ziele des Suchtpräventionsprogramms ab, richtet die interne Einrichtung für Suchtfragen ein, erstellt die Aufgabenbeschreibung für die darin tätigen Ansprechperson(en) und beschließt die Rahmenbedingungen für ihre Arbeit einschließlich des Budgets. Der Steuerkreis erstellt einen jährlichen Bericht.
- (3) Die Mitglieder des Steuerkreises qualifizieren sich für die Aufgaben zur Umsetzung dieser BV.



#### § 4 Zuständigkeit und Qualifizierung der Personalverantwortlichen

- (1) Den Personalverantwortlichen, insbesondere den Vorgesetzten, kommt eine zentrale Rolle im Suchtpräventionsprogramm zu. Sie tragen sowohl die Verantwortung für den Arbeitsschutz als auch für eine sachgerechte Intervention bei sucht(mittel)bedingten Auffälligkeiten. Sie unterstützen auffällig gewordene Beschäftigte auf dem Weg zur Veränderung bei der Übernahme von Eigenverantwortung sowie der Annahme fachgerechter Hilfe. Die internen Ansprechpersonen können sie dabei beraten.
- (2) Die Interventionen bei Auffälligkeiten auf der Basis dieser BV obliegen den Vorgesetzten. Sie führen nach vorheriger Beratung mit der Ansprechperson für Suchtfragen die Gespräche entsprechend dieser BV. Bei Gesprächen im Rahmen des Stufenplans beziehen sie den Betriebsrat, bei Schwerbehinderten auch die Schwerbehindertenvertretung (ab Stufe 2) und die Personalabteilung (ab Stufe 2 bzw. 3) mit ein.
- (3) Sachgerechtes Handeln bei Auffälligkeiten und lösungsorientierte Interventionen bei psychosozialen Problemen von Beschäftigten sind eine anspruchsvolle Führungsaufgabe. Zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben werden den Personalverantwortlichen verbindliche Seminare angeboten. Sie erhalten für diese Aufgabe außerdem Unterstützung durch Beratung und Coaching.
- (4) Bei Wiederaufnahme der Arbeit nach einer Therapie sind die Vorgesetzten in Zusammenarbeit mit der internen Ansprechperson für die Wiedereingliederung am Arbeitsplatz zuständig. Bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 84 (2) SGB IX wird das Vorgehen mit dem Eingliederungsteam abgestimmt.

#### § 5 Information und Aufklärung

- (1) Alle Beschäftigten werden über die Wirkungen von Suchtmitteln und die gesundheitlichen und sozialen Folgen riskanten oder gefährdenden Konsums sowie suchtbedingten Verhaltens informiert.
- (2) Für Auszubildende werden speziell auf diese Zielgruppe ausgerichtete Präventionsmaßnahmen angeboten. Ergänzend können auch für weitere Mitarbeitergruppen spezifische Angebote vorgesehen werden.

#### § 6 Verantwortlicher Umgang mit Alkohol und anderen berauschenden Mitteln

- (1) Aus Gründen der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes ist für die Arbeit nicht geeignet, wer unter Einwirkung von Alkohol, illegalen Drogen und anderen berauschenden Mitteln steht. Bei der Einnahme von Medikamenten sind die entsprechenden Hinweise auf Einschränkungen, die für die Arbeit und die Teilnahme am Straßenverkehr bedeutsam sind, zu beachten.
- (2) Das Mitbringen von alkoholischen Getränken und illegalen Drogen in den Betrieb ist untersagt.
- (3) Über Ausnahmen von dieser Regelung für Veranstaltungen außerhalb der Arbeitszeit oder bei bestimmten betrieblichen Anlässen entscheidet die Leitung. Diese Ausnahmegenehmigung ist ausnahmslos auf den jeweiligen Anlass zu beschränken und schriftlich zu erteilen.

- (4) Alle Beschäftigten – insbesondere Führungskräfte – sind verpflichtet, auf die Einhaltung der vorstehenden Bestimmungen zu achten.

#### § 7 Beseitigung von Ursachen für riskanten Suchtmittelkonsum

Als eine Ursache für einen riskanten Suchtmittelkonsum kommen besondere Belastungen in bestimmten Arbeitssituationen oder Fehlbeanspruchungen in Betracht. In Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsmanagement bzw. dem Arbeits- und Gesundheitsschutz werden gesundheitliche Gefährdungen durch die Arbeit geprüft und geeignete Maßnahmen ergriffen, um sie möglichst zu beseitigen. Zugleich wird geprüft, ob Beschäftigte durch spezifische Angebote der Gesundheitsförderung ihre Möglichkeiten zur Belastungsbewältigung erweitern können.

#### § 8 Gefährdung der Arbeitssicherheit

- (1) Sind Beschäftigte durch Alkohol, illegale Drogen, Medikamente oder andere berauschende oder Wahrnehmung verändernde Mittel nicht in der Lage, die ihnen übertragenen Arbeiten ohne Gefahr für sich oder andere auszuführen, dürfen sie nach § 7 BGV A 1 nicht beschäftigt werden.
- (2) Folgendes Verfahren wird bei akuter Beeinträchtigung sicheren Arbeitens vereinbart:
  - a) Besteht aufgrund äußerer Anzeichen der Eindruck, dass ein/e Mitarbeiter/in unter Einfluss von berauschenden Mitteln steht, ist der/die Vorgesetzte aufgefordert einzugreifen. Auch Hinweisen aus dem Kreis der Beschäftigten ist mit der gebotenen Sorgfalt nachzugehen.
  - b) Die Entscheidung, die/den betreffende/n Mitarbeiter/in vom Arbeitsplatz zu entfernen, orientiert sich an den konkreten Auffälligkeiten im Auftreten und Verhalten. Ein Test ist hierfür nicht erforderlich.
  - c) Der/die Vorgesetzte zieht eine weitere Person als Beweishilfe hinzu und informiert möglichst unverzüglich den Betriebsrat.
  - d) Der/die Vorgesetzte hat die betroffene Person auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass sie sich zum Gegenbeweis einem Test auf Suchtmittelkonsum unterziehen oder bei Medikamenteneinnahme die Eignung für die Tätigkeit (betriebs-)ärztlich bestätigen lassen kann. Der Gegenbeweis ist unmittelbar, längstens innerhalb von zwei Stunden nach Ansprache anzutreten. Die Ergebnisse des Tests werden schriftlich vorgelegt.
  - e) Bestehen die Auffälligkeiten und die Gefährdung für sich oder andere fort, so darf die betroffene Person auch bei negativem Testergebnis nicht wieder eingesetzt werden. In diesem Fall dürfen ihr daraus keine Nachteile entstehen.
  - f) Wird die betroffene Person nach Hause entlassen, ist der Vorgesetzte verpflichtet, für einen sicheren Heimweg – ggf. durch einen begleiteten Heimtransport bis zur Wohnungstür – zu sorgen.
  - g) Ist die betroffene Person durch eigenes Verschulden an ihrer Arbeitsleistung verhindert, besteht für die ausgefallene Arbeitszeit kein Anspruch auf Entgelt. Die Kosten für den Heimtransport hat sie in diesem Fall selbst zu tragen.



- h) Eine Beeinträchtigung der Arbeitssicherheit kann auch durch suchtbedingtes Verhalten verursacht sein (z.B. Übermüdung bei Medienabhängigkeit). Hierbei ist das Verfahren nach Ziffer 2 entsprechend anzuwenden.
- [4] Konnte ein/e Mitarbeiter/in durch eigenes Verschulden ihre Arbeit aus Gründen der Sicherheit nicht antreten bzw. fortsetzen, führt der/die Vorgesetzte zeitnah das erste Stufengespräch nach dem Stufenplan (siehe Interventionsleitfäden im Anhang zu dieser Broschüre). Die Durchführung dieses Gesprächs gehört zu den Pflichten des Vorgesetzten.

## § 9 Frühzeitige Intervention

Im Rahmen gesundheitsorientierter Führung sind Auffälligkeiten am Arbeitsplatz möglichst frühzeitig anzusprechen, um einer Verfestigung von Problemsituationen und risikanten Bewältigungsmustern durch Suchtmittel- und Medikamentengebrauch sowie suchtbedingtem Verhalten vorzubeugen. (Siehe Anhang 2 und 3)

- [1] Fürsorgegespräch  
Bei Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten von Beschäftigten, die in Verbindung mit gesundheitlichen oder sozialen Problemen der Person gesehen werden, führt der/die Vorgesetzte ein Fürsorgegespräch. Es werden darin die wahrgenommenen Veränderungen angesprochen und es wird soziale Unterstützung angeboten, damit die akuten Probleme überwunden und weitere Auffälligkeiten vermieden werden können.
- [2] Klärungsgespräch  
Bei wiederholter Vernachlässigung arbeitsvertraglicher Pflichten, die nicht unmittelbar oder nicht eindeutig im Zusammenhang zu einem Suchtmittelkonsum oder Suchtverhalten gesehen werden, führt der/die Vorgesetzte ein Klärungsgespräch. Steht das beanstandete Verhalten in Verbindung mit gesundheitlichen oder sozialen Problemen, gibt der/die Vorgesetzte Hinweise auf das interne Unterstützungssystem mit seinen Hilfeangeboten.  
Durch Aufzeigen, welches Verhalten zukünftig konkret erwartet wird, lässt sich weiteren Fehlentwicklungen entgegensteuern. Die Ergebnisse des Gesprächs werden schriftlich festgehalten und der betroffenen Person ausgehändigt. Ein Rückmeldeggespräch wird in etwa sechs bis acht Wochen festgelegt.
- [3] Bestehen die Auffälligkeiten fort, ohne dass ein Zusammenhang zu einem Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten erkennbar ist, entscheidet der/die Vorgesetzte im Zusammenwirken mit der internen Beratung bzw. Ansprechperson und der Personalabteilung sowie ggf. weiteren Fachkräften über die nächsten Schritte.
- [4] Sofern die Voraussetzungen des § 84 (2) SGB IX vorliegen, ist im Gespräch das Verfahren zum betrieblichen Eingliederungsmanagement anzubieten. Hierzu ist der Kontakt zum Eingliederungsteam herzustellen.

## § 10 Einstieg in den Stufenplan bei Auffälligkeiten in Folge von Suchtmittelgebrauch oder bei suchtbedingtem Verhalten

Der Einstieg in den Stufenplan erfolgt immer dann, wenn die Verletzung arbeitsvertraglicher Pflichten mit Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten einhergeht oder dadurch Störungen am Arbeitsplatz entstehen. Beim Stufenplan handelt es sich um eine systematische Folge von lösungsorientierten Interventionsgesprächen mit dem Ziel, bei dem/der auffällig gewordenen Mitarbeiter/in eine eigenverantwortliche Verhaltensänderung anzustoßen und die Bereitschaft zu verstärken, sich gegenüber Unterstützungsangeboten zu öffnen.

In oben genannten Fällen ist nach dem Stufenplan aus dem Interventionsleitfaden, der der BV beigelegt wird (siehe Anhang 2 und 3), zu verfahren. Der/die unmittelbare Vorgesetzte ist verpflichtet, den formellen Weg einzuleiten:

- [1] Stehen die Auffälligkeiten am Arbeitsplatz oder die Vernachlässigung arbeitsvertraglicher Pflichten eines/einer Beschäftigten im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Suchtmitteln und Medikamenten oder suchtbedingtem Verhalten, so führt der/die verantwortliche Vorgesetzte mit ihm/ihr das 1. Stufengespräch. Sie/er leitet bei fortgesetzten Auffälligkeiten auch die weiteren Gespräche nach dem Stufenplan ein.
- [2] Den Personalverantwortlichen wird für die Vorbereitung und Durchführung von Interventionsgesprächen eine Handlungsanleitung zur Verfügung gestellt. Vor jedem Interventionsgespräch sollten sie sich mit einer der internen Ansprechpersonen in Verbindung setzen, um sich über die fallbezogen einzubringenden Hilfeangebote zu beraten.
- [3] Die weiteren Stufengespräche werden vom jeweils beteiligten Personenkreis ohne die betroffene Person vorbereitet. Die interne Ansprechperson kann dazu hinzugezogen werden. Es wird insbesondere abgestimmt, wie die Auffälligkeiten zu bewerten sind, welche Konsequenzen gezogen, welche Hilfeangebote und weiteren Auflagen gemacht und welche Sanktionen ggf. ausgesprochen werden sollen. Es wird außerdem die Rollenverteilung für die Gesprächsführung festgelegt.
- [4] Als Unterstützungsangebot wird der betroffenen Person zunächst empfohlen, sich durch die internen Ansprechpartner für Suchtfragen über Beratungsangebote informieren zu lassen. Im Weiteren erfolgt die Aufforderung, sich intern oder extern beraten zu lassen.  
Die Aufforderung im Stufenplan, sich in Beratung und Behandlung zu begeben, weil eine Suchtgefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, ist ausschließlich ein Hilfeangebot. Dem betroffenen Mitarbeiter steht es frei, dieses anzunehmen.
- [5] Bei Vorliegen der arbeitsrechtlichen Voraussetzungen sind in den fortgeschrittenen Stufen des Stufenplans als Reaktion auf die Verletzung arbeitsvertraglicher Pflichten Ermahnungen und/oder Abmahnungen vorgesehen. Damit diese konstruktiv wirken können, sind sie jeweils mit einem konkreten Hilfeangebot zu verbinden. Der/die Mitarbeiter/in wird erneut nachdrücklich aufgefordert, sich in Beratung und/oder Therapie zu begeben. Dafür wird ihm/ihr Unterstützung zugesichert.

- (6) Räumt der/die angesprochene Mitarbeiter/in in oder nach einem solchen Stufengespräch ein Suchtproblem ein, so ändert dies zunächst nichts an den Voraussetzungen für die Ermahnung oder Abmahnung, da im Betrieb nicht festgestellt werden kann, ob eine Suchtgefährdung oder Abhängigkeitserkrankung vorliegt. Er/sie erhält in diesem Fall schriftlich eine Aufforderung, sich angesichts des eingeräumten Suchtproblems umgehend in Beratung und Behandlung zu begeben. Zugleich wird auch (noch einmal) festgestellt, dass es sich bei den beanstandeten Auffälligkeiten um Pflichtverletzungen handelt, die, wenn sie fortgesetzt auftreten, das Arbeitsverhältnis gefährden können.

### § 11 Präventives Eingliederungsmanagement und Fallbegleitung

- (1) Im 2. Stufengespräch wird unabhängig von den Voraussetzungen nach § 84 (2) SGB IX dem/der Beschäftigten ein betriebliches Eingliederungsmanagement als zusätzliche Hilfe angeboten, um auch betriebliche Faktoren zu berücksichtigen, die zur Veränderung des auffälligen Verhaltens und zur gesundheitlichen Stabilisierung beitragen können.
- (2) Für den Fall, dass der/die Beschäftigte die Möglichkeit annimmt, zieht das Eingliederungsteam die interne Beratung bzw. eine Ansprechperson hinzu, die sich für die Beteiligung am Verfahren des Eingliederungsmanagements qualifiziert hat.
- (3) Zur Erhöhung der Verbindlichkeit des Hilfeangebots spätestens ab der 3. Stufe des Stufenplans wird eine kontinuierliche Fallbegleitung (Case Management) eingerichtet. Die Gesprächsführenden des 3. Stufengesprächs legen in Abstimmung mit der internen Ansprechperson für Suchtfragen fest, wer im Einzelfall als Fallbegleiter infrage kommt. Mit Einverständnis der/des Beschäftigten bietet der Fallbegleiter Unterstützung bei der Aufnahme der Beratung, Begleitung während ambulanter und stationärer Behandlung sowie bei der Wiedereingliederung und in der anschließenden Stabilisierungsphase.

### § 12 Wiedereingliederung

- (1) Unmittelbar vor oder nach Abschluss einer Therapie führt der/die Vorgesetzte zusammen mit der internen Beratung bzw. der/die Fallmanager/in mit der betroffenen Person ein Gespräch, in dem es um die Möglichkeiten für eine erfolgreiche Wiedereingliederung am Arbeitsplatz geht. Ein Vertreter des Betriebsrats oder eine andere Person des Vertrauens können am Gespräch teilnehmen. Gegebenenfalls sind für die Wiedereingliederung noch weitere Fachkräfte oder Mitglieder des Eingliederungsteams hinzuzuziehen.
- (2) Über die Wiedereingliederung am Arbeitsplatz hinaus kann ein Anspruch auf ein Betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84 (2) SGB IX bestehen und/oder dieses von dem/der Beschäftigten gewünscht werden.
- (3) Der/die Vorgesetzte führt in den folgenden zwei Jahren mindestens halbjährlich Bilanzgespräche mit dem/der Mitarbeiter/in.

- (4) Bewerben sich wegen Suchtproblemen entlassene Beschäftigte, die eine Therapie erfolgreich abgeschlossene haben, erneut bei der GmbH, so wird die Bewerbung wohlwollend geprüft. Bei Neueinstellung sollte analog zum Wiedereingliederungsverfahren vorgegangen werden.

### § 13 Vorgehen bei erneutem Konsum nach einer Therapie

- (1) Kommt es nach einer Intervention im Rahmen des Stufenplans lediglich zu einer vorübergehenden Änderung des Verhaltens des/der Beschäftigten und kommt es in der Folge erneut zur Vernachlässigung der arbeitsvertraglichen Pflichten, so wird der Stufenplan in der nächsten Stufe fortgesetzt.
- (2) Treten nach einer erfolgreich abgeschlossenen Entwöhnungstherapie erneute Auffälligkeiten bei dem betroffenen Mitarbeiter auf, so kommen unverzüglich diejenigen zusammen, die das letzte Stufenplangespräch geführt haben, sowie der Fallbegleiter oder eine (andere) interne Ansprechperson und beraten unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles über das weitere Vorgehen und darüber, welches Gespräch des Stufenplans nun ansteht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein kurzzeitiges Wiederaufleben eines Suchtmittelkonsums nach einer Entwöhnungstherapie oder sonstigen Hilfemaßnahmen im Verlauf des Genesungsprozesses bei Abhängigkeitserkrankungen nicht untypisch ist. Eine schnelle Unterbrechung des gefährdenden Verhaltens ist in diesen Fällen jedoch angesagt, damit daraus kein Rückfall wird.

### § 14 Schweigepflicht, Personen- und Datenschutz

- (1) Die internen Ansprechpersonen sowie die an den Interventionsverfahren beteiligten Funktionsträger unterliegen der Schweigepflicht. Sie unterzeichnen vor Beginn der Tätigkeit eine entsprechende Erklärung. Personenbezogene Auskünfte insbesondere über Inanspruchnahme oder Inhalt der Beratung sind nur im Einzelfall und nur mit darauf beschränktem, schriftlich festgelegtem Einverständnis der beratenen Person erlaubt.
- (2) Für schriftliche Aufzeichnungen, die in Interventions- und Beratungsprozessen im Rahmen dieser BV entstehen und die personenbezogene Daten enthalten, sind die besonderen Anforderungen des Datenschutzes für sensible Daten zu beachten, d.h., sie sind innerhalb der Personalakte in geschlossenen Umschlägen zu verwahren oder in einer Nebenakte zu führen. Die Verarbeitung der Angaben zur Gesundheit des Mitarbeiters und die Übermittlung von Daten an Dritte erfordern in jedem Einzelfall die schriftliche Einwilligung des betroffenen Mitarbeiters.
- (3) Aufzeichnungen von Interventionen bei riskantem Suchtmittelkonsum, die in die Personalakte aufgenommen werden, sind nach drei Jahren zu tilgen, sofern in diesem Zeitraum keine erneuten Auffälligkeiten aufgetreten sind.

## § 15 Interne Einrichtung für Suchtberatung

- (1) Es wird eine interne Suchtberatung eingerichtet. Die Beschäftigten haben das Recht, jederzeit Beratung in Anspruch zu nehmen. Die Wahrnehmung einer Beratung kann während der Arbeitszeit erfolgen.
- (2) Die interne Suchtberatung am Standort X wird von der Sozialberatung übernommen. Diese nimmt die Aufgabe als zentrale Ansprechperson für Suchtfragen wahr. Daneben werden in den Niederlassungen der GmbH weitere Ansprechpersonen nebenamtlich tätig.
- (3) Die internen Ansprechpersonen arbeiten auf der Grundlage dieser BV. Ihre Aufgaben umfassen
  - a) die **Prävention**, vor allem die Information der Beschäftigten, Vorbeugung des riskanten Konsums, Bereitstellung von Medien und Materialien, Beteiligung an Aktions- und Gesundheitstagen, Motivation zu Angeboten der Konsumreduzierung,
  - b) die **Beratung und Unterstützung** der Mitarbeiter/innen und deren Angehörige, der Personalverantwortlichen, betrieblichen Interessenvertretungen bei Fragen zum riskanten Suchtmittelgebrauch und zur Gefährdung von Arbeitssicherheit und Gesundheit und zu den Ansatzpunkten für ein lösungsorientiertes Vorgehen,
  - c) die **Erörterung der bei Interventionen anstehenden Gespräche und Schritte** sowie die begleitenden Hilfeangebote des Betriebes mit den Beteiligten, insbesondere mit den auffällig gewordenen Beschäftigten,
  - d) die **Beteiligung am betrieblichen Unterstützungssystem** mit Fachkräften aus dem Gesundheitsmanagement (Betriebsarzt, Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung) sowie dem Personalmanagement und die Förderung einer gut funktionierenden Zusammenarbeit, ebenso mit externen Beratungsstellen und therapeutischen Einrichtungen in der Region,
  - e) die **Begleitung von suchtgefährdeten Beschäftigten** in der Interventionsphase, während und nach ambulanter und/oder stationärer Therapie sowie in der Zeit der Wiedereingliederung und Stabilisierung,
  - f) die **Beteiligung an fachlichen Netzwerken** zur betrieblichen Suchtprävention und Gesundheitsförderung.
- (4) Die individuelle Beratung erfolgt fachlich weisungsfrei. Die betriebliche Unterstützung wird nach dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe angeboten.
- (5) Für alle im Rahmen des Suchtpräventionsprogramms tätig werdenden Ansprechpersonen gelten die folgenden Standards:
  - a) Sie haben die Regeln der ärztlichen Schweigepflicht zu beachten, auch gegenüber dem Steuerkreis.
  - b) Sie gewährleisten die Anforderungen des Datenschutzes für sensible Daten. Es wird sichergestellt, dass bei Telefonaten, die im Beratungszusammenhang geführt werden, die Zielrufnummern nicht erfasst werden.
  - c) Für Beratungen steht ein geeigneter Raum zur Verfügung.

- (6) Die internen Ansprechpersonen halten ihr Wissen zum Suchtgeschehen und zu den Methoden der Beratung auf dem aktuellen Stand. Sie erhalten und nutzen die Möglichkeit zur fachbezogenen Qualifizierung, Weiterbildung und Supervision und beteiligen sich an der Weiterentwicklung des Suchtpräventionsprogramms.
- (7) Die internen Ansprechpartner übernehmen keine Aufgaben, die in den Verantwortungsbereich der in § 4 genannten Funktionsträger fallen. Mitarbeitergespräche, das Einschreiten bei Gefährdung der Arbeitssicherheit oder andere Formen der Wahrnehmung von Führungsverantwortung bleiben in der alleinigen Verantwortung der jeweiligen Vorgesetzten. Therapeutische Maßnahmen und die Anfertigung von Sozialberichten für die Einleitung einer Therapie gehören ebenfalls nicht zu den Aufgaben der internen Suchtberatung.

## § 16 Hauptamtliche Suchtberatung

- (1) Die Sozialberatung organisiert neben ihren Aufgaben nach § 15 in Abstimmung mit dem Steuerkreis die Maßnahmen im Rahmen des Suchtpräventionsprogramms. Sie unterbreitet Vorschläge zur Beseitigung von im Betrieb liegenden Ursachen eines erhöhten Suchtmittelkonsums und liefert Beiträge zur Gesundheitsförderung sowie zur Personal- und Organisationsentwicklung.
- (2) Sie übernimmt die Geschäftsführung bzw. Koordination des Steuerkreises. In Abstimmung mit dem Steuerkreis wird ein Budget für die Arbeit zur Umsetzung dieser BV festgelegt.
- (3) Sie vertritt die Suchtprävention und Suchthilfe im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Sie ist zuständig für das interne Marketing des Suchtpräventionsprogramms und die innerbetriebliche Öffentlichkeitsarbeit.
- (4) Die Sozialberatung koordiniert die Arbeit der nebenamtlichen Ansprechpersonen und steht ihnen beratend zur Seite. Bei entsprechender Ausbildung übernimmt sie auch deren Supervision.
- (5) Sie legt dem Steuerkreis einmal jährlich einen anonymisierten Bericht über ihre Tätigkeiten, den Stand der Zielerreichung in der Suchtprävention und Suchthilfe im Betrieb vor und erarbeitet mit ihm gemeinsam die Ziele für die weitere Arbeit.
- (6) Die Tätigkeit als zentrale Ansprechperson erfordert einschlägige fachliche Qualifikationen (Beratungskompetenzen, vertiefte Kenntnisse zu den Qualitätsstandards der betrieblichen Suchtprävention, soziale und strategische Kompetenzen sowie die Übersicht über die Strukturen des Betriebes).

## § 17 Nebenamtlich tätige Ansprechpersonen für Suchtfragen (AfS)

- (1) Die AfS werden für ihre Funktion von der GmbH schriftlich beauftragt. Sie nehmen in Absprache mit dem Steuerkreis und der Sozialberatung die Aufgaben nach § 15 der vorliegenden BV wahr oder beteiligen sich daran.

- (2) Ihre Tätigkeit in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe ist Arbeitszeit. Dies gilt auch für die Teilnahme an Schulungs- und Informationsveranstaltungen sowie für die eigene Fortbildung und Supervision. Ist in Ausnahmefällen ein Tätigwerden außerhalb der Arbeitszeit erforderlich, wird ein entsprechender Zeitausgleich gewährt.
- (3) Die AfS werden für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben in Abstimmung mit ihren Vorgesetzten von ihrer Arbeit freigestellt. Der Umfang richtet sich nach dem vom Steuerkreis festgesetzten Bedarf. Ihre Arbeitszeiten und Arbeitsbedingungen sind auf die besonderen Anforderungen aus der nebenamtlichen Tätigkeit abzustimmen. Den AfS dürfen aus ihrer Tätigkeit keine beruflichen Nachteile (z.B. Verdienstminderung, Nichtberücksichtigung beim Aufstieg) entstehen.
- (3) Mit den Aufgaben der AfS sollen einschlägig ausgebildete, mit dem aktuellen Stand betrieblicher Suchtpräventionsprogramme vertraute Kräfte beauftragt werden. Sofern sie noch nicht speziell für den betrieblichen Einsatz ausgebildet sind, ermöglicht die GmbH ihnen eine grundlegende Qualifizierung zur betrieblichen Ansprechperson für Suchtfragen.
- (4) Persönliche Erfahrungen mit einer Abhängigkeitserkrankung sind keine Voraussetzung für die Tätigkeit als AfS, können aber nützlich sein. Zwischen erfolgreich abgeschlossener Therapie und dem Einsatz als AfS sollten jedoch mindestens zwei Jahre liegen.
- (5) Die AfS können jederzeit die betriebliche Funktion durch schriftliche Mitteilung an den Steuerkreis niederlegen.  
Liegen Gründe vor, die aus Sicht des Arbeitgebers, des Betriebsrats oder des Kreises der internen Ansprechpartner die Entbindung von der Tätigkeit als AfS erfordern, so wird diese Entscheidung vom Steuerkreis einvernehmlich getroffen. Bei Nichteinigung entscheidet der Steuerkreis unter Einbezug eines externen Experten.
- (6) Die AfS legen dem Steuerkreis gemeinsam mit der Sozialberatung einmal jährlich einen anonymisierten Bericht ihrer Tätigkeit vor.

## § 18 Geltungsdauer und salvatorische Klausel

- (1) Die Betriebsvereinbarung tritt mit Wirkung vom XX in Kraft. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Schluss eines Kalenderjahres. Sie wirkt bis zum Abschluss einer neuen Betriebsvereinbarung nach.
- (2) Sollte eine Bestimmung dieser Betriebsvereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder ganz oder teilweise undurchführbar sein, so soll hierdurch die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dieser Betriebsvereinbarung und des Interventionsleitfadens im Anhang nicht berührt werden. Die Vertragsparteien verpflichten sich, eine unwirksame Vorschrift durch eine ihr inhaltlich möglichst entsprechende wirksame Vorschrift zu ersetzen.

## Anhang zur Musterbetriebsvereinbarung

Der folgende Interventionsleitfaden dient den Personalverantwortlichen als Handlungsleitfaden und den Beschäftigten als Orientierung. Wenn eine Intervention bei suchtmittelbedingten Auffälligkeiten erfolgt, wird der Leitfaden für den Stufenplan im ersten Stufengespräch von der/dem Vorgesetzten an die Mitarbeiterin oder den Mitarbeiter ausgehändigt.

### Anmerkungen zum Interventionsleitfaden

Frühzeitige Interventionen bei Auffälligkeiten haben sich nachweislich bewährt, um bei Beschäftigten die Bereitschaft zu verstärken, riskantes Verhalten zu verändern und sich gegenüber professioneller Beratung und fachgerechter Hilfe zu öffnen. Sie selbst können auf diesem Weg eine weitere Gefährdung ihrer Gesundheit vermeiden und Problemen am Arbeitsplatz vorbeugen. Die gestufte Intervention bei riskantem Suchtmittelgebrauch und suchtbedingten Verhaltensweisen ist der beste Weg, um gesundheitlichen Gefährdungen am Arbeitsplatz systematisch und nachhaltig vorzubeugen.

### Ziel dieses Interventionsleitfadens ist es,

- durch frühzeitige Intervention dem riskanten Konsum von Suchtmitteln und der Entwicklung von Suchtverhalten vorzubeugen,
- Vorgesetzte zu befähigen, bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz und speziell bei Suchtproblemen von Beschäftigten sachgerecht zu reagieren,
- den suchgefährdeten Mitarbeitern Hilfe anzubieten und ihnen Unterstützung zum eigenverantwortlichen Handeln zu geben,
- die betroffenen Personen zu motivieren, sich in Beratung und Behandlung zu begeben, um ihren Arbeitsplatz möglichst zu erhalten,
- ein für alle Beschäftigten nachvollziehbares und die Gleichbehandlung wahrendes Verfahren einzurichten.

Der Interventionsleitfaden umfasst vier Arten von Gesprächen: Fürsorge- und Klärungsgespräche (vgl. § 9) für frühe Interventionen bei gesundheitlichen und sozialen Auffälligkeiten sowie Stufengespräche und Rückmeldegespräche (§ 10) bei Auffälligkeiten in Verbindung mit Suchtmittelgebrauch und suchtbedingten Verhaltensweisen.

**Fürsorgegespräche** gehören zur gesundheitsorientierten Führung und sollen der Verfestigung einer Situation vorbeugen. Bei persönlichen, gesundheitlichen oder sozialen Problemen, die am Arbeitsplatz sichtbar werden und bei Fortsetzung des Verhaltens die Vernachlässigung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten erwarten lassen, führt der unmittelbare Vorgesetzte mit der betroffenen Person ein vertrauliches Gespräch. Ziel des Gesprächs ist es, der betroffenen Person frühzeitig zu signalisieren, dass sie Unterstützung von Seiten des Arbeitgebers bzw. von der Führungskraft erwarten kann, wenn sie dies wünscht.

Das **Klärungsgespräch** setzt an, wenn schon eine Vernachlässigung arbeitsvertraglicher oder dienstlicher Pflichten sichtbar wird. Ziel des Klärungsgesprächs ist es, eine Rückmeldung zu den Auffälligkeiten zu geben, die Erwartungen an das zukünftige Verhalten zu benennen und konkrete Schritte zu vereinbaren sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote aufzuzeigen. Das Klärungsgespräch ist aber nicht Bestandteil des Stufenplans.

**Stufengespräche** werden in einer systematischen Folge (Stufenplan) als Interventionsgespräche geführt, bei denen die Auffälligkeiten am Arbeitsplatz ausdrücklich mit Suchtmittelgebrauch und suchtbedingten Verhaltensweisen in Verbindung gebracht werden. Jedes Gespräch enthält ein verbindliches Hilfeangebot. Die Gespräche werden immer offizieller, mit mehr Beteiligten und verstärkten Konsequenzen geführt.

Das **Rückmeldegespräch** findet statt, sofern nach einem Stufengespräch eine positive Veränderung eingetreten ist und keine weiteren Auffälligkeiten sichtbar geworden sind. Je nach Lage des Einzelfalls wird es ca. 6-12 bzw. 4-8 Wochen nach dem Interventionsgespräch angesetzt und ggf. in regelmäßigen Abständen über einen gewissen Zeitraum wiederholt. Ziel des Rückmeldegesprächs ist es, Beschäftigten eine Rückmeldung über beobachtbare positive Veränderungen sowie über die Einhaltung von Absprachen zu geben und ggf. weitere Entwicklungsschritte abzustimmen.

Bei erneuten Auffälligkeiten wird dagegen zeitnah das nächste Stufengespräch angesetzt.

## Entwurf eines Interventionsleitfadens bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz (Privatwirtschaft)

Frühzeitige Intervention bei Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten im Sinne gesundheitsorientierter Führung

### Fürsorgegespräch

Das Fürsorgegespräch ist ein Mitarbeitergespräch bei **Auffälligkeiten am Arbeitsplatz, die zu Störungen im Arbeitsablauf und -umfeld führen (können)**. Ziel ist es, den einzelnen Beschäftigten frühzeitig zu signalisieren, dass sie Unterstützung vonseiten des Arbeitgebers bzw. des/der Vorgesetzten erwarten können, wenn sie dies wünschen. Das Gespräch beugt der Verfestigung einer Problemsituation und einer unpassenden Bewältigung durch Suchtmittelgebrauch vor. Es ist **nicht** Bestandteil des Stufenplans und hat keinen disziplinierenden Charakter, sondern dient ausschließlich der Rückspiegelung der wahrgenommenen Veränderungen und der Übermittlung eines sachgerechten Hilfeangebots.

Beteiligte: Beschäftigte /r, unmittelbare /r Vorgesetzte /r

Hat eine Beschäftigte/ein Beschäftigter persönliche, gesundheitliche oder soziale Probleme, die am Arbeitsplatz sichtbar werden und bei Fortsetzung des Verhaltens die Vernachlässigung arbeitsvertraglicher Pflichten erwarten lassen, führt der /die unmittelbare Vorgesetzte mit der betroffenen Person ein vertrauliches Gespräch. Im Gespräch wird allein die Fürsorge zum Ausdruck gebracht und soziale Unterstützung angeboten.

Inhalt des Gesprächs:

- Persönlichen Eindruck ansprechen, dass der /die Beschäftigte Probleme hat, die auch am Arbeitsplatz sichtbar werden;
  - Wahrgenommene Veränderungen / Auffälligkeiten konkret benennen;
  - Frage danach, ob der /die Beschäftigte Unterstützung wünscht und wenn ja, in welcher Form;
  - Hinweis auf
- A** innerbetriebliche Hilfeangebote: z. B. soziale Ansprechpersonen, Mitarbeiterberatung, betriebsärztlicher Dienst, betriebliches Eingliederungsmanagement u. a.
- B** externe Hilfemöglichkeiten: Fachberatung, Coaching, Therapieangebote, Arzt u. a.

und  
oder

### Klärungsgespräch

Das Klärungsgespräch setzt die **(wiederholte) Vernachlässigung arbeitsvertraglicher Pflichten oder Störungen im Arbeitsablauf und -umfeld** voraus. Diese werden in Zusammenhang mit gesundheitlichen oder sozialen Problemen des /der Beschäftigten gebracht, bei dem /der Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtes Verhalten nicht ausgeschlossen ist, dieses aber von der Führungskraft nicht eindeutig zugeordnet werden kann. Ziel des Klärungsgesprächs ist es, eine Rückmeldung zu den Auffälligkeiten zu geben, die Erwartungen an das zukünftige Verhalten zu benennen und konkrete Schritte zu vereinbaren sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote aufzuzeigen. Das Klärungsgespräch ist **nicht** Bestandteil des Stufenplans, kann diesem aber vorausgehen.

Beteiligte: Beschäftigte /r, unmittelbare /r Vorgesetzte /r

Bei Vernachlässigung arbeitsvertraglicher Pflichten in Verbindung mit persönlichen, gesundheitlichen oder sozialen Problemen eines /einer Beschäftigten hat die /der unmittelbare Vorgesetzte mit diesem /dieser ein Gespräch zu führen.

Inhalt des Gesprächs:

- Benennen konkreter Fakten, Zeit, Ort, Vorfall;
  - Besorgnis ausdrücken, dass der /die Beschäftigte Probleme hat, die sich auf das Arbeitsverhalten auswirken und /oder Störungen am Arbeitsplatz verursachen;
  - Wahrgenommene Veränderungen / Auffälligkeiten konkret benennen;
  - Aufzeigen der Erwartungen des /der Vorgesetzten an das weitere Arbeitsverhalten; zukünftiges Verhalten präzise beschreiben;
  - Hinweis auf
- A** innerbetriebliche Hilfeangebote: z. B. soziale Ansprechpersonen, Mitarbeiterberatung, betriebsärztlicher Dienst, betriebliches Eingliederungsmanagement u. a.
- B** externe Hilfemöglichkeiten: Fachberatung, Coaching, Therapieangebote, Arzt u. a.;
- Konkrete Vereinbarung weiterer Schritte;
  - Festlegen eines weiteren Gesprächs, um über die weitere Entwicklung des Verhaltens Rückmeldung zu geben (Rückmeldeggespräch) in ca. 6-8 Wochen.

Der /die Vorgesetzte fertigt eine Gesprächsnotiz zu dem Gespräch an, die dem /der Beschäftigten ausgehändigt wird.



## Interventionskette (Stufenplan) bei suchtmittel- oder suchtbedingten Auffälligkeiten

Stufenplangespräche setzen dort an, wo in Verbindung mit dem Gebrauch von Suchtmitteln oder suchtbedingtem Verhalten gegen arbeitsvertragliche oder dienstrechtliche Pflichten verstoßen wird oder diese vernachlässigt werden. Ziel der betrieblichen Intervention ist eine Korrektur des Arbeits- und Leistungsverhaltens. Die angesprochenen Beschäftigten erhalten ein Hilfeangebot, um sich frühzeitig intern oder extern über Gefährdungen informieren und beraten zu lassen. Ihnen wird empfohlen, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn

die Veränderung ihres Verhaltens aus eigener Kraft nicht gelingt, z. B. bei Suchtgefährdung oder einer Abhängigkeitserkrankung. Hierfür wird ihnen betriebliche Unterstützung zugesagt. Die Nichtannahme der Beratungs- und Hilfeangebote ist bei Arbeitnehmern/innen disziplinarisch nicht zu beanstanden, es sei denn, sie seien als Zusatz zum bestehenden Arbeitsvertrag vereinbart worden. Sanktioniert werden können im weiteren Verlauf bei ihnen nur die erneuten oder fortgesetzten Verstöße gegen arbeitsvertragliche Pflichten.

### 1. Gespräch Einstieg in den Stufenplan

Beteiligte: Beschäftigte/r, unmittelbare/r Vorgesetzte/r

Bei Vernachlässigung arbeitsvertraglicher Pflichten, die im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Suchtmitteln oder mit suchtbedingtem Verhalten stehen, hat die/der unmittelbare Vorgesetzte – ggf. nach vorheriger fachlicher Beratung – mit der betroffenen Person ein Gespräch zu führen. Das Gespräch umfasst folgende Inhalte:

- Benennen konkreter Fakten, Zeit, Ort, Vorfall;
- Besorgnis ausdrücken, dass der/die Beschäftigte Probleme hat, die sich auf das Arbeits- und Leistungsverhalten auswirken und/oder Störungen am Arbeitsplatz verursachen;
- Ansprechen des riskanten Suchtmittelkonsums oder des suchtbedingten Verhaltens und dass ein Zusammenhang zu den Problemen am Arbeitsplatz gesehen wird und dass deshalb dieses Gespräch im Rahmen des Stufenplans stattfindet;
- Hinweis auf den Stufenplan und das Vorgehen bei weiteren Auffälligkeiten (Aushändigen eines Exemplars des Stufenplans an die/den Beschäftigte/n);
- Aufzeigen der Erwartungen des/der Vorgesetzten an das zukünftige Arbeitsverhalten;
- Empfehlung, sich über die Möglichkeiten, weiteren Risiken vorzubeugen oder einer gesundheitlichen Gefährdung entgegenzuwirken, innerbetrieblich von der Ansprechperson für Suchtfragen und/oder von einer externen Fachberatung informieren und beraten zu lassen (Adressen von einschlägigen Fachberatungen);
- Konkrete Vereinbarung der weiteren Schritte;
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in ca. 6-8 Wochen und Hinweis auf die Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens in nächster Zeit.

Das Gespräch bleibt vertraulich und hat keine personellen Konsequenzen. Der/die Vorgesetzte notiert sich Datum und Ergebnis des Gesprächs.

#### Bei positiver Verhaltensänderung

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6-8 Wochen

Bei erneuter oder fortgesetzter Auffälligkeit

Gespräch 1

### 2. Gespräch

Beteiligte:

- Beschäftigte/r
- Unmittelbare/r Vorgesetzte/r, nächsthöhere/r Vorgesetzte/r bzw. Personalabteilung
- Personalvertretung, bei Schwerbehinderten zusätzlich die Schwerbehindertenvertretung (sollten zum Gespräch geladen werden, jedoch ist vor Gesprächsbeginn die Zustimmung der betroffenen Person einzuholen),
- Auf Wunsch der/des Beschäftigten auch die Ansprechperson für Suchtfragen/Mitarbeiterberatung.

Kommt es erneut zur Vernachlässigung der arbeitsvertraglichen Pflichten und/oder zu Störungen am Arbeitsplatz, verbunden mit Auffälligkeiten, die in Zusammenhang gesehen werden mit Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtem Verhalten, so ist von den zuständigen Vorgesetzten – nach vorheriger fachlicher Beratung – ein Personalgespräch mit folgendem Inhalt zu führen:

- Benennen der neuen Fakten und Bezugnahme auf den Inhalt des vorangegangenen Gesprächs;
- Zusammenhang zu Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten erneut aufzeigen;
- Hinweis auf innerbetriebliche Hilfeangebote (Name/Telefon Ansprechperson für Suchtfragen/Mitarbeiterberatung – sofern vorhanden) und externe Beratungsmöglichkeiten aufzeigen (Adressen von Suchtberatungsstellen, suchtmedizinisch ausgebildeten Ärzten);
- Aufforderung, sich von einer internen Ansprechperson über mögliche Gefährdungen informieren zu lassen und eine Beratung aufzusuchen; [1]
- Ankündigung von Konsequenzen bei weiteren Auffälligkeiten; Hinweis auf Stufenplan;
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in 6-8 Wochen und Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens.

Das Gespräch wird schriftlich festgehalten und die Gesprächsnotiz der Personalabteilung zugeleitet.

#### Bei positiver Verhaltensänderung

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6-8 Wochen

Gespräch 2

## Gespräch 3

### 3. Gespräch:

Beteiligte: wie im zweiten Gespräch, obligatorisch die Personalabteilung

Kommt es erneut zu Verletzungen der arbeitsvertraglichen Pflichten und/oder Störungen am Arbeitsplatz durch Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtes Verhalten, findet – nach Abstimmung mit der Ansprechperson für Suchtfragen/Mitarbeiterberatung – ein Gespräch mit folgenden Inhalten statt:

- Benennen neuer Fakten und Bezugnahme auf den Inhalt der vorangegangenen Gespräche;
- Zusammenhang zum Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten herstellen;
- Hinweis auf interne Hilfeangebote durch Ansprechperson für Suchtfragen/Mitarbeiterberatung, (sofern noch nicht erfolgt) Kontaktaufnahme vereinbaren, um sich über Gefährdungen informieren zu lassen;
- Dringende Empfehlung, eine Beratungsstelle aufzusuchen (Adressen von Psychosozialen Beratungsstellen, Suchtberatungen); (1)(2)
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in 6-8 Wochen, Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens durch die/den Vorgesetzte/n.

Sofern arbeitsrechtlich die Voraussetzungen dafür vorliegen, wird bei Tarifbeschäftigten eine Abmahnung aus verhaltensbedingten Gründen ausgesprochen. Die schriftliche Abmahnung wird aufgrund des Fehlverhaltens bzw. der Schlechtleistung erteilt.

Personelle Konsequenzen können darüber hinaus sein: individuelles Alkoholverbot zur Vermeidung von Gefährdungen u.a.

Liegt aus Sicht der/des Beschäftigten weder eine Suchtgefährdung noch eine -krankheit vor, so wird deutlich gemacht, dass weitere Verletzungen arbeitsvertraglicher Pflichten oder Störungen am Arbeitsplatz zur Kündigung bzw. disziplinarischen Konsequenzen führen können. Die weiteren Schritte des Stufenplans werden aufgezeigt.

Wenn die/der Beschäftigte darlegt, dass das Fehlverhalten bzw. die Schlechtleistung auf einer Suchtproblematik beruhen könnte, wird sie/er aufgefordert, sich in eine Suchtberatung bzw. -therapie zu begeben. Hierfür wird ihr/ihm Unterstützung zugesichert. Die Ansprechperson für Suchtfragen bzw. ein Personalverantwortlicher bekommt den Auftrag, mit Einverständnis der/des Beschäftigten den Kontakt zur Beratungsstelle bzw. zur Therapieeinrichtung zu halten. Nach Möglichkeit wird ein Case Management eingerichtet. Es erfolgt ein Hinweis auf die weiteren Schritte des Stufenplans im Falle weiterhin bestehender oder neuer Auffälligkeiten.

#### Bei positiver Verhaltensänderung

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6-8 Wochen

Bei erneuter oder fortgesetzter Auffälligkeit

### 4. Gespräch:

Beteiligte: wie im dritten Gespräch

Kommt es erneut zu Verletzungen der arbeitsvertraglichen Pflichten und/oder Störungen am Arbeitsplatz durch Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtes Verhalten, findet – nach Abstimmung mit der Ansprechperson für Suchtfragen/Mitarbeiterberatung – ein Gespräch mit folgenden Inhalten statt:

- Benennen neuer Fakten und Bezugnahme auf den Inhalt des dritten Stufengesprächs;
- Nachdrücklich den Zusammenhang zum Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten herstellen;
- Sofern die/der Beschäftigte die angebotenen Hilfen nicht (mehr) in Anspruch nimmt, erfolgt schriftlich die dringende Empfehlung/Aufforderung, eine Beratungsstelle aufzusuchen und sich unmittelbar in Beratung oder Therapie zu begeben, da eine Suchtgefährdung nicht mehr ausgeschlossen werden kann; (1)
- Angebot von interner Hilfe; die Ansprechperson für Suchtfragen/ein Personalverantwortlicher/der Case Manager bekommt den Auftrag, mit Einverständnis der/des Beschäftigten den Kontakt zur Beratungsstelle bzw. zur Therapieeinrichtung zu halten.
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in ca. 6-8 Wochen. Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens durch die Vorgesetzte/den Vorgesetzten sowie Hinweis auf weitere Rückmeldegespräche im vierteljährlichen Abstand für die Dauer eines Jahres.

Der/die Beschäftigte wird noch einmal darauf hingewiesen,

- dass der Arbeitgeber nicht länger bereit ist, das Fehlverhalten und/oder die Minderleistung hinzunehmen;
- dass im Falle einer Suchterkrankung die Prognose des Krankheitsverlaufs ohne Therapie ungünstig ist und u. U. eine krankheitsbedingte Kündigung erfolgen kann.

Liegt nach Auskunft der/des Beschäftigten ein Suchtproblem nicht vor, wird aufgrund des Fehlverhaltens bzw. der Schlechtleistung eine zweite Abmahnung ausgesprochen, sofern die arbeitsrechtlichen Voraussetzungen dafür vorliegen.

Personelle Konsequenzen können darüber hinaus besondere Auflagen sein, z. B. individuelles Alkoholverbot, Absprachen für Kontaktaufnahmen mit dem Betriebsarzt, Meldung beim Vorgesetzten bei Arbeitsantritt u.a. Für eine Umsetzung und Änderungskündigung mit Herabgruppierung können die Voraussetzungen geprüft werden.

#### Bei positiver Verhaltensänderung

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6-8 Wochen und weiter vierteljährlich bis zum Ablauf eines Jahres

## Gespräch 4

# Gespräch 5

## 5. Gespräch:

Beteiligte: wie im vorangegangenen Gespräch

Ändert die/der Beschäftigte ihr/sein auffälliges Verhalten nicht, werden weiterhin Verstöße gegen arbeitsvertragliche Pflichten sichtbar und ist keine Besserung zu erwarten, dann kommt es – nach Abstimmung mit der Ansprechperson für Suchtfragen/Mitarbeiterberatung – zum letzten Gespräch des Stufenplans. Werden die angebotenen Hilfen nicht in Anspruch genommen,

- leitet die Personalabteilung das Kündigungsverfahren ein.
- Absprachen zur Wiedereinstellung nach erfolgreicher Therapie können im Einzelfall getroffen werden.

## Rückmeldegespräch

Das Rückmeldegespräch findet statt, sofern nach einem Stufengespräch eine positive Veränderung eingetreten ist und keine weiteren Auffälligkeiten sichtbar geworden sind. Je nach Lage des Einzelfalls wird es in einem sinnvollen Abstand nach dem Interventionsgespräch angesetzt und

ggf. in einem bestimmten Zeitraum (regelmäßig) wiederholt. Ziel des Gesprächs ist es, eine Rückmeldung über die Einhaltung der Absprachen sowie über die als positiv wahrgenommenen Veränderungen zu geben. Bei erneuter Auffälligkeit wird dagegen das nächste Stufengespräch eingeleitet.

(1) Falls dies als Aufforderung formuliert wird und ein Nachweis darüber erbracht werden soll, sind die gesetzlichen Regeln des Persönlichkeits- und Datenschutzes zu beachten. Arbeitsrechtlich kann jedoch keine Sanktionierung erfolgen, wenn Beschäftigte der Aufforderung nicht nachkommen, falls dies aus ihren arbeitsvertraglichen Verpflichtungen nicht unmittelbar abgeleitet werden kann.

(2) Der Nachweis kann mündlich oder schriftlich, aber nur mit Einverständnis der betroffenen Person und erforderlicher Schweigepflichtsentbindung erfolgen.



## Entwurf eines Interventionsleitfadens bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz (Öffentlicher Dienst)

Frühzeitige Intervention bei Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten  
im Sinne gesundheitsorientierter Führung

### Fürsorgegespräch

Das Fürsorgegespräch ist ein Mitarbeitergespräch bei **Auffälligkeiten am Arbeitsplatz, die zu Störungen im Arbeitsablauf und -umfeld führen (können)**. Ziel ist es, den einzelnen Beschäftigten frühzeitig zu signalisieren, dass sie Unterstützung vonseiten des Arbeitgebers bzw. des/der Vorgesetzten erwarten können, wenn sie dies wünschen. Das Gespräch beugt der Verfestigung einer Problemsituation und einer unpassenden Bewältigung durch Suchtmittelgebrauch vor. Es ist **nicht** Bestandteil des Stufenplans und hat keinen disziplinierenden Charakter, sondern dient ausschließlich der Rückspiegelung der wahrgenommenen Veränderungen und der Übermittlung eines sachgerechten Hilfeangebots.

Beteiligte: Beschäftigte /r, unmittelbare /r Vorgesetzte /r

Hat eine Beschäftigte/ein Beschäftigter persönliche, gesundheitliche oder soziale Probleme, die am Arbeitsplatz sichtbar werden und bei Fortsetzung des Verhaltens die Vernachlässigung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten erwarten lassen, führt der /die unmittelbare Vorgesetzte mit der betroffenen Person ein vertrauliches Gespräch. Im Gespräch wird allein die Fürsorge zum Ausdruck gebracht und soziale Unterstützung angeboten.

Inhalt des Gesprächs:

- Persönlichen Eindruck ansprechen, dass der/die Beschäftigte Probleme hat, die auch am Arbeitsplatz sichtbar werden;
  - Wahrgenommene Veränderungen/Auffälligkeiten konkret benennen;
  - Frage danach, ob der/die Beschäftigte Unterstützung wünscht und wenn ja, in welcher Form;
  - Hinweis auf
- A** innerbetriebliche Hilfeangebote: z. B. soziale Ansprechpersonen, Mitarbeiterberatung, betriebsärztlicher Dienst, betriebliches Eingliederungsmanagement u. a.
- B** externe Hilfemöglichkeiten: Fachberatung, Coaching, Therapieangebote, Arzt u. a.

und  
oder

### Klärungsgespräch

Das Klärungsgespräch setzt die **(wiederholte) Vernachlässigung arbeitsvertraglicher Pflichten oder Störungen im Arbeitsablauf und -umfeld** voraus. Diese werden in Zusammenhang mit gesundheitlichen oder sozialen Problemen des/der Beschäftigten gebracht, bei dem/der Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtes Verhalten nicht ausgeschlossen ist, aber von der Führungskraft nicht eindeutig zugeordnet werden kann. Ziel des Klärungsgesprächs ist es, eine Rückmeldung zu den Auffälligkeiten zu geben, die Erwartungen an das zukünftige Verhalten zu benennen und konkrete Schritte zu vereinbaren sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote aufzuzeigen. Es ist nicht Bestandteil des Stufenplans, kann diesem aber vorausgehen.

Beteiligte: Beschäftigte /r, unmittelbare /r Vorgesetzte /r

Bei Vernachlässigung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten in Verbindung mit persönlichen, gesundheitlichen oder sozialen Problemen eines /einer Beschäftigten hat die /der unmittelbare Vorgesetzte mit diesem/dieser ein Gespräch zu führen. Dies gilt auch für Beamtinnen und Beamte, soweit sich nicht aus dem Beamtenrecht /Disziplinarrecht Besonderheiten ergeben. Inhalt des Gesprächs:

- Benennen konkreter Fakten, Zeit, Ort, Vorfall;
  - Besorgnis ausdrücken, dass der/die Beschäftigte Probleme hat, die sich auf das Arbeitsverhalten auswirken und /oder Störungen am Arbeitsplatz verursachen;
  - Wahrgenommene Veränderungen/Auffälligkeiten konkret benennen;
  - Aufzeigen der Erwartungen des/der Vorgesetzten an das weitere Arbeitsverhalten; zukünftiges Verhalten präzise beschreiben;
  - Hinweis auf
- A** innerbetriebliche Hilfeangebote: z. B. soziale Ansprechpersonen, Mitarbeiterberatung, betriebsärztlicher Dienst, betriebliches Eingliederungsmanagement u. a.
- B** externe Hilfemöglichkeiten: Fachberatung, Coaching,
- Therapieangebote, Arzt u. a.;
  - Konkrete Vereinbarung weiterer Schritte;
  - Festlegen eines weiteren Gesprächs, um über die weitere Entwicklung des Verhaltens Rückmeldung zu geben (Rückmeldeggespräch) in ca. 6-8 Wochen.

Der/die Vorgesetzte fertigt eine Gesprächsnotiz zu dem Gespräch an, die dem /der Beschäftigten ausgehändigt wird.

## Interventionskette (Stufenplan) bei suchtmittel- oder suchtbedingten Auffälligkeiten

Stufenplangespräche setzen dort an, wo in Verbindung mit dem Gebrauch von Suchtmitteln oder suchtbedingtem Verhalten gegen arbeitsvertragliche oder dienstrechtliche Pflichten verstoßen wird oder diese vernachlässigt werden. Ziel der betrieblichen Intervention ist eine Korrektur des Arbeits- und Leistungsverhaltens. Die angesprochenen Beschäftigten erhalten ein Hilfeangebot, um sich frühzeitig intern oder extern über Gefährdungen informieren und beraten zu lassen. Ihnen wird empfohlen, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn die Veränderung ihres Verhaltens aus eigener

Kraft nicht gelingt, z.B. bei Suchtgefährdung oder einer Abhängigkeitserkrankung. Hierfür wird ihnen betriebliche Unterstützung zugesagt. Die Nichtannahme der Beratungs- und Hilfeangebote ist bei Tarifbeschäftigten disziplinarisch nicht zu beanstanden, es sei denn, sie seien als Zusatz zum bestehenden Arbeitsvertrag vereinbart worden. Sanktioniert werden können im weiteren Verlauf bei ihnen nur die erneuten oder fortgesetzten Verstöße gegen arbeitsvertragliche Pflichten. Zu den dienstrechtlichen Pflichten des Beamten/der Beamtin gehört dagegen auch die Pflicht zur Gesunderhaltung.

### 1. Gespräch Einstieg in den Stufenplan

Beteiligte: Beschäftigte/r, unmittelbare/r Vorgesetzte/r

Beteiligte: Beschäftigte/r, unmittelbare/r Vorgesetzte/r  
Bei Vernachlässigung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten, die im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Suchtmitteln oder mit suchtbedingtem Verhalten stehen, hat die/der unmittelbare Vorgesetzte – ggf. nach vorheriger fachlicher Beratung – mit der betroffenen Person ein Gespräch zu führen. Das Gespräch umfasst folgende Inhalte:

- Benennen konkreter Fakten, Zeit, Ort, Vorfall;
- Besorgnis ausdrücken, dass der/die Beschäftigte Probleme hat, die sich auf das Arbeits- und Leistungsverhalten auswirken und/oder Störungen am Arbeitsplatz verursachen;
- Ansprechen des riskanten Suchtmittelkonsums oder des suchtbedingten Verhaltens und dass ein Zusammenhang zu den Problemen am Arbeitsplatz gesehen wird und dass deshalb dieses Gespräch im Rahmen des Stufenplans stattfindet;
- Hinweis auf den Stufenplan und das Vorgehen bei weiteren Auffälligkeiten (Aushändigen eines Exemplars des Stufenplans an die/den Beschäftigte/n);
- Aufzeigen der Erwartungen des/der Vorgesetzten an das zukünftige Arbeitsverhalten;
- Empfehlung, sich über die Möglichkeiten, weiteren Risiken vorzubeugen oder einer gesundheitlichen Gefährdung entgegenzuwirken, innerbetrieblich von der Ansprechperson für Suchtfragen und/oder von einer externen Fachberatung informieren und beraten zu lassen (Adressen von einschlägigen Fachberatungen);
- Konkrete Vereinbarung der weiteren Schritte;
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in ca. 6-8 Wochen und Hinweis auf die Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens in nächster Zeit.

Das Gespräch bleibt vertraulich und hat keine personellen Konsequenzen. Der/die Vorgesetzte notiert sich Datum und Ergebnis des Gesprächs. Die Maßnahmen gelten auch für Beamtinnen und Beamte, soweit sich nicht aus dem Beamtenrecht/Disziplinarrecht Besonderheiten ergeben.

#### Bei positiver Verhaltensänderung

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6-8 Wochen

Gespräch 1

Bei erneuter oder fortgesetzter Auffälligkeit

### 2. Gespräch

Beteiligte:

- Beschäftigte/r
- Unmittelbare/r Vorgesetzte/r, nächsthöhere/r Vorgesetzte/r bzw. Personalabteilung
- Personalvertretung, bei Schwerbehinderten zusätzlich die Schwerbehindertenvertretung (sollten zum Gespräch geladen werden, jedoch ist vor Gesprächsbeginn die Zustimmung der betroffenen Person einzuholen),
- Auf Wunsch der/des Beschäftigten auch die Ansprechperson für Suchtfragen/Mitarbeiterberatung.

Kommt es erneut zur Vernachlässigung der arbeitsvertraglichen oder dienstrechtlichen Pflichten und/oder zu Störungen am Arbeitsplatz, verbunden mit Auffälligkeiten, die in Zusammenhang gesehen werden mit Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtem Verhalten, so ist von den zuständigen Vorgesetzten – nach vorheriger fachlicher Beratung – ein Personalgespräch mit folgendem Inhalt zu führen:

- Benennen der neuen Fakten und Bezugnahme auf den Inhalt des vorangegangenen Gesprächs;
- Zusammenhang zu Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten erneut aufzeigen;
- Hinweis auf innerbetriebliche Hilfeangebote (Name/Telefon Ansprechperson für Suchtfragen/Mitarbeiterberatung – sofern vorhanden) und externe Beratungsmöglichkeiten aufzeigen (Adressen von Suchtberatungsstellen, suchtmmedizinisch ausgebildeten Ärzten);
- Aufforderung, sich von einer internen Ansprechperson über mögliche Gefährdungen informieren zu lassen und eine Beratung aufzusuchen; (1)
- Ankündigung von Konsequenzen bei weiteren Auffälligkeiten; Hinweis auf Stufenplan;
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in 6-8 Wochen und Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens.

Das Gespräch wird schriftlich festgehalten und die Gesprächsnotiz der Personalabteilung zugeleitet. Die Maßnahmen gelten auch für Beamtinnen und Beamte, soweit sich nicht aus dem Beamtenrecht/Disziplinarrecht Besonderheiten ergeben.

#### Bei positiver Verhaltensänderung

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6-8 Wochen

Gespräch 2

### 3. Gespräch:

Beteiligte: wie im zweiten Gespräch, obligatorisch die Personalabteilung

Kommt es erneut zu Verletzungen der arbeitsvertraglichen oder dienstrechtlichen Pflichten und/oder Störungen am Arbeitsplatz durch Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtes Verhalten, findet – nach Abstimmung mit der Ansprechperson für Suchtfragen/Mitarbeiterberatung – ein Gespräch mit folgenden Inhalten statt:

- Benennen neuer Fakten und Bezugnahme auf den Inhalt der vorangegangenen Gespräche;
- Zusammenhang zum Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten herstellen;
- Hinweis auf interne Hilfeangebote durch Ansprechperson für Suchtfragen/Mitarbeiterberatung, (sofern noch nicht erfolgt) Kontaktaufnahme vereinbaren, um sich über Gefährdungen informieren zu lassen;
- Dringende Empfehlung, eine Beratungsstelle aufzusuchen (Adressen von Psychosozialen Beratungsstellen, Suchtberatungen); (1)(2)
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in 6-8 Wochen, Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens durch die/den Vorgesetzte/n.

Sofern arbeitsrechtlich die Voraussetzungen dafür vorliegen, wird bei Tarifbeschäftigten eine Abmahnung aus verhaltensbedingten Gründen ausgesprochen. Die schriftliche Abmahnung wird aufgrund des Fehlverhaltens bzw. der Schlechtleistung erteilt. Bei Beamten/Beamtinnen sind entsprechende disziplinarische Schritte zu prüfen.

Personelle Konsequenzen können darüber hinaus sein: individuelles Alkoholverbot zur Vermeidung von Gefährdungen u.a. Liegt aus Sicht der/des Beschäftigten weder eine Suchtgefährdung noch eine -krankheit vor, so wird deutlich gemacht, dass weitere Verletzungen arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Pflichten oder Störungen am Arbeitsplatz zur Kündigung bzw. disziplinarischen Konsequenzen führen können. Die weiteren Schritte des Stufenplans werden aufgezeigt.

Wenn die/des Beschäftigte darlegt, dass das Fehlverhalten bzw. die Schlechtleistung auf einer Suchtproblematik beruhen könnte, wird sie/er aufgefordert, sich in eine Suchtberatung bzw. -therapie zu begeben. Hierfür wird ihr/ihm Unterstützung zugesichert. Die Ansprechperson für Suchtfragen bzw. ein Personalverantwortlicher bekommt den Auftrag, mit Einverständnis der/des Beschäftigten den Kontakt zur Beratungsstelle bzw. zur Therapieeinrichtung zu halten. Nach Möglichkeit wird ein Case Management eingerichtet. Es erfolgt ein Hinweis auf die weiteren Schritte des Stufenplans im Falle weiterhin bestehender oder neuer Auffälligkeiten.

#### Bei positiver Verhaltensänderung

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6-8 Wochen

Bei erneuter oder fortgesetzter Auffälligkeit

## Gespräch 3

### 4. Gespräch:

Beteiligte: wie im dritten Gespräch

Kommt es erneut zu Verletzungen der arbeitsvertraglichen oder dienstrechtlichen Pflichten und/oder Störungen am Arbeitsplatz durch Suchtmittelkonsum oder suchtbedingtes Verhalten, findet – nach Abstimmung mit der Ansprechperson für Suchtfragen / Mitarbeiterberatung – ein Gespräch mit folgenden Inhalten statt:

- Benennen neuer Fakten und Bezugnahme auf den Inhalt des dritten Stufengesprächs;
- Nachdrücklich den Zusammenhang zum Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten herstellen;
- Sofern die /der Beschäftigte die angebotenen Hilfen nicht (mehr) in Anspruch nimmt, erfolgt schriftlich die dringende Empfehlung/Aufforderung, eine Beratungsstelle aufzusuchen und sich unmittelbar in Beratung oder Therapie zu begeben, da eine Suchtgefährdung nicht mehr ausgeschlossen werden kann; (1)
- Angebot von interner Hilfe; die Ansprechperson für Suchtfragen/ein Personalverantwortlicher /der Case Manager bekommt den Auftrag, mit Einverständnis der/des Beschäftigten den Kontakt zur Beratungsstelle bzw. zur Therapieeinrichtung zu halten.
- Vereinbarung eines Rückmeldegesprächs in ca. 6-8 Wochen. Beobachtung der weiteren Entwicklung des Verhaltens durch die Vorgesetzte /den Vorgesetzten sowie Hinweis auf weitere Rückmeldegespräche im vierteljährlichen Abstand für die Dauer eines Jahres.

Der /die Beschäftigte wird noch einmal darauf hingewiesen,

- dass der Arbeitgeber nicht länger bereit ist, das Fehlverhalten und/oder die Minderleistung hinzunehmen;
- dass im Falle einer Suchterkrankung die Prognose des Krankheitsverlaufs ohne Therapie ungünstig ist und u.U. eine krankheitsbedingte Kündigung erfolgen kann bzw. bei Beamtinnen und Beamten die Entfernung aus dem Dienst beantragt werden kann.

Liegt nach Auskunft der/des Beschäftigten ein Suchtproblem nicht vor, wird aufgrund des Fehlverhaltens bzw. der Schlechtleistung eine zweite Abmahnung ausgesprochen, sofern die arbeitsrechtlichen Voraussetzungen dafür vorliegen. Vergleichbare Maßnahmen gelten auch für Beamtinnen und Beamte, soweit sich nicht aus dem Beamtenrecht/Disziplinarrecht Besonderheiten ergeben. Personelle Konsequenzen können darüber hinaus besondere Auflagen sein, z. B. individuelles Alkoholverbot, Absprachen für Kontaktaufnahmen mit dem Betriebsarzt, Meldung beim Vorgesetzten bei Arbeitsantritt u.a. Für eine Umsetzung und Änderungskündigung mit Herabgruppierung können die Voraussetzungen geprüft werden.

#### Bei positiver Verhaltensänderung

- Keine weiteren arbeitsrechtlichen Folgen
- Durchführung des Rückmeldegesprächs nach 6-8 Wochen und weiter vierteljährlich bis zum Ablauf eines Jahres

## Gespräch 4

## 5. Gespräch:

Beteiligte: wie im vorangegangenen Gespräch

Ändert die /der Beschäftigte ihr /sein auffälliges Verhalten nicht, werden weiterhin Verstöße gegen arbeitsvertragliche /dienstliche Pflichten sichtbar und ist keine Besserung zu erwarten, dann kommt es – nach Abstimmung mit der Ansprechperson für Suchtfragen /Mitarbeiterberatung – zum letzten Gespräch des Stufenplans. Werden die angebotenen Hilfen nicht in Anspruch genommen,

- leitet die Personalabteilung bei Tarifbeschäftigten das Kündigungsverfahren ein. Bei Beamtinnen und Beamten können entsprechende disziplinarische Schritte gewählt werden, soweit sich nicht aus dem Beamten-/Disziplinarrecht Besonderheiten ergeben.
- Absprachen zur Wiedereinstellung nach erfolgreicher Therapie können im Einzelfall getroffen werden.

## Rückmeldegespräch

Das Rückmeldegespräch findet statt, sofern nach einem Stufengespräch eine positive Veränderung eingetreten ist und keine weiteren Auffälligkeiten sichtbar geworden sind. Je nach Lage des Einzelfalls wird es in einem sinnvollen Abstand nach dem Interventionsgespräch angesetzt und

ggf. in einem bestimmten Zeitraum (regelmäßig) wiederholt. Ziel des Gesprächs ist es, eine Rückmeldung über die Einhaltung der Absprachen sowie über die als positiv wahrgenommenen Veränderungen zu geben. Bei erneuter Auffälligkeit wird dagegen das nächste Stufengespräch eingeleitet.

[1] Falls dies als Aufforderung formuliert wird und ein Nachweis darüber erbracht werden soll, sind die gesetzlichen Regeln des Persönlichkeits- und Datenschutzes zu beachten. Die Aufforderung ist für Beamte/Beamtinnen dienstrechtlich verbindlich. Arbeitsrechtlich kann jedoch keine Sanktionierung erfolgen, wenn Tarifbeschäftigte der Aufforderung nicht nachkommen, falls dies aus ihren arbeitsvertraglichen Verpflichtungen nicht unmittelbar abgeleitet werden kann.

[2] Der Nachweis kann mündlich oder schriftlich, aber nur mit Einverständnis der betroffenen Person und erforderlicher Schweigepflichtsentbindung erfolgen.

## Literatur

BARMER GEK;  
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen  
(Hg.)

**Alkohol am Arbeitsplatz – Eine  
Praxishilfe für Führungskräfte**  
Wuppertal; Hamm, 2010

BKK Bundesverband;  
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen  
(Hg.)  
**„Schlaf- und Beruhigungsmittel am  
Arbeitsplatz“, Informationen und Hilfen  
für Multiplikatoren**  
Mühlheim, 2007

Bundesverband der Betriebs-  
krankenkassen; „Familien-Selbsthilfe  
Psychiatrie“, BApk  
**„Psychisch krank im Job. Was tun?“**  
Bad Honnef, 2006

Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung  
**„Alles klar“, Tipps & Informationen für  
den verantwortungsvollen Umgang mit  
Alkohol**  
Köln, 2004

Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung  
**„Alkoholfrei leben“, Rat und Hilfe bei  
Alkoholproblemen**  
Köln, 2007

Bundesverband der Unfallkassen;  
Deutscher Verkehrssicherheitsrat  
**„Suchtprobleme im Betrieb“ Alkohol,  
Medikamente, illegale Drogen**  
Frankfurt/Main, 2004

Claussen, Rudolf; Czapski, Peter  
**„Alkoholmissbrauch im öffentlichen  
Dienst – Gefahren und ihre Abwehr,  
Leitfaden mit Rechtsprechung“**  
Köln u. a.: Heymanns, 1992

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen  
**„Die Sucht und ihre Stoffe“**  
**Eine Informationsreihe über die  
gebräuchlichen Suchtstoffe,  
Faltblätter 1 bis 8**  
Hamm

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen;  
Wissenschaftliches Kuratorium der DHS  
**Alkoholabhängigkeit**  
Hamm, 2003  
Suchtmedizinische Reihe Band 1

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen  
**Nicht mehr alles schlucken ...! Frauen.  
Medikamente. Selbsthilfe. Ein Handbuch**  
Hamm, 2004

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen  
(Hg.)  
**„Jahrbuch Sucht 2010“**  
Geesthacht: Neuland Verlag  
(das Jahrbuch „Sucht“ erscheint jährlich)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen;  
Deutsche Gesellschaft für Sucht-  
forschung und Suchttherapie  
**„Sucht“: Zeitschrift für Wissenschaft und  
Praxis, Sonderheft. Gastherausgeber:  
Kraus, Ludwig und Augustin, Rita:  
Repräsentativerhebung zum Gebrauch  
und Missbrauch psychoaktiver Substanzen  
bei Erwachsenen in Deutschland.  
Epidemiologischer Suchtsurvey 2009**

Fleck, Jürgen  
**„Zwischen Tabuisierung und rigider  
Kontrolle – rechtliche Aspekte des  
betrieblichen Umgangs mit Konsumenten  
illegaler Drogen in der Arbeitswelt“**  
in: Mentoring für Ausbilder/innen in  
Unternehmen mit Internationaler  
Unternehmensführung – MAI –  
10. Information zum Thema „Sucht und  
Abhängigkeit im betrieblichen Alltag  
Offenbach, 2008

Franke, Alexa; Mohn, Karin; Sitzler,  
Franziska; Welbrink, Andrea; Witte,  
Maibritt  
**„Alkohol- und Medikamenten-  
abhängigkeit bei Frauen – Risiken  
und Widerstandsfaktoren“**  
Juventa  
Weinheim; München, 2001

Fuchs, Reinhard; Rainer, Ludwig;  
Rummel, Martina (Hg.)  
**„Betriebliche Suchtprävention“**  
Göttingen: Verlag für Angewandte  
Psychologie, 1998

Fuchs, Reinhard; Resch, Martin  
**„Alkohol und Arbeitssicherheit“. Arbeits-  
manual zur Vorbeugung und Aufklärung**  
Göttingen: Hogrefe, 1996

Hauptverband der gewerblichen  
Berufsgenossenschaften und Deutscher  
Verkehrssicherheitsrat (Hg.)  
**„Suchtprobleme im Betrieb“**  
Bonn: BC Verlags- und Mediengesell-  
schaft, 2007

Nette, Angelika  
**„Medikamentenprobleme in der  
Arbeitswelt“. Ein Handbuch für die  
betriebliche Praxis**  
Frankfurt/Main: Schriftenreihe der  
IG Metall 139, 1995

Parnefjord, Ralph  
**„Das Drogentaschenbuch“**  
Stuttgart; New York: Thieme, 2005

Rehwald, Rainer (u.a.) (Hg.)  
**„Betriebliche Suchtprävention  
und Suchthilfe“**  
Von der Industriegewerkschaft Metall,  
Frankfurt, 2008, hierin enthalten u.a.  
arbeitsrechtliche und sozialrechtliche  
Aspekte

Rummel, Martina; Rainer, Ludwig;  
Fuchs, Reinhard  
**Alkohol im Unternehmen**  
Göttingen: Hogrefe, 2004

Stiftung Warentest: **Test – Spezial  
Medikamente, Sonderheft Oktober 2010**  
Internet: [www.test.de](http://www.test.de)

Wienemann, Elisabeth; Schumann, Günter  
**Standards der Alkohol-, Tabak-, Drogen-  
und Medikamentenprävention in deut-  
schen Unternehmen und Verwaltungen**  
Überarbeitete Fassung  
Hamm: Deutsche Hauptstelle für Sucht-  
fragen, 2006

Wienemann, Elisabeth  
**Vom Alkoholverbot zum Gesundheits-  
management, Entwicklung der  
betrieblichen Suchtprävention  
von 1800 bis 2000**  
Stuttgart: ibidem-Verlag, 2000

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e. V. mit Sitz in Hamm ist der Zusammenschluss der in der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe bundesweit tätigen Verbände. Dazu gehören die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, öffentlich-rechtliche Träger der Suchtkrankenhilfe und Selbsthilfe- und Abstinenzverbände. Die DHS koordiniert und unterstützt die Arbeit der Mitgliedsverbände und fördert den Austausch mit der Wissenschaft.

Die Geschäftsstelle der DHS in Hamm gibt Auskunft und vermittelt Informationen an Hilfesuchende, Experten, Medien- und Pressefachleute sowie andere Interessierte.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e. V.  
Postfach 1369, 59003 Hamm  
Westenwall 4, 59065 Hamm  
Tel. 02381 9015-0  
Fax 02381 9015-30  
info@dhs.de  
www.dhs.de

### Die DHS im Internet ([www.dhs.de](http://www.dhs.de))

Über die Internetseite der DHS sind alle wichtigen Daten, Fakten und Publikationen zu Suchtfragen verfügbar. Fachinformationen (Definitionen, Studien, Statistiken etc.) und Fachveröffentlichungen sind einzusehen und zu einem Großteil auch herunterzuladen. Gleichzeitig wird der Zugang zu allen Broschüren und Faltblättern sichergestellt. Die Einrichtungsdatei ermöglicht den schnellen Zugang zu Hilfeangeboten der Beratungs- und Behandlungsstellen und der Selbsthilfe in Deutschland.

### DHS-Publikationen, Informationsmaterialien

Die DHS gibt zahlreiche Publikationen für Fachleute und Betroffene heraus. Viele dieser Materialien können auch in größerer Stückzahl über die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden: [www.dhs.de/infomaterial](http://www.dhs.de/infomaterial)

### Bibliothek der DHS

Die Bibliothek der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) ist eine öffentlich zugängliche, wissenschaftliche Fachbibliothek. Der Bestand steht der interessierten Öffentlichkeit zur persönlichen und beruflichen Information, zum Studium und zur Weiterbildung zur Verfügung.

Der Bibliotheksbestand umfasst über 35.000 Titel und wächst kontinuierlich um ca. 1.000 Medieneinheiten pro Jahr. Er gliedert sich in zwei Bereiche:

- Der „aktuelle“ Bestand (Erscheinungsjahr: ab 1950)
- Das historische Archiv (Erscheinungsjahr: ab 1725)

Über die Internetseite [www.dhs.de](http://www.dhs.de) ist der gesamte Bestand der Bibliothek online recherchierbar.



# Impressum

## Herausgeber

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e. V.  
Postfach 1369  
59003 Hamm  
Tel. 02381 9015-0  
Fax 02381 9015-30  
info@dhs.de  
www.dhs.de

## Redaktion

Dr. Raphael Gaßmann, Peter Raiser, Christa Merfert-Diete

## Text

Ute Pegel-Rimpl, Hannover

## Gestaltung

STADTLANDFLUSS, Frankfurt

## Druck

Xxxxxxxxxx, Xxxxx

## Überarbeitete und neugestaltete Auflage

0.00.00.00

Diese Broschüre wird von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Postfach 1369, 59003 Hamm (info@dhs.de), und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 51101 Köln (order@bzga.de), kostenfrei abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.  
Bestellnummer: 33240000







Deutsche Hauptstelle  
für Suchtfragen e.V.


Westenwall 4 | 59065 Hamm  
Tel. +49 2381 9015-0  
info@dhs.de | www.dhs.de



**Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung**

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

## Gesetze/Vorschriften

 [▶ Gesetze/Vorschriften](#) [▶ BGV A1: Grundsätze der Prävention](#)



▼ Gesetze/Vorschriften

▶ Gesetze

▶ Verordnungen

▶ Technische Regeln

▶ **BG-Vorschriften  
(BGV)**

▶ BG-Grundsätze (BGG)

▶ BG-Regeln (BGR)

▶ BG-Informationen (BGI)

■ Alle Seiten des aktuellen Kapitels drucken

**§ 7**  
**Befähigung für Tätigkeiten**

(1) Bei der Übertragung von Aufgaben auf Versicherte hat der Unternehmer je nach Art der Tätigkeiten zu berücksichtigen, ob die Versicherten befähigt sind, die für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Aufgabenerfüllung zu beachtenden Bestimmungen und Maßnahmen einzuhalten.

(2) Der Unternehmer darf Versicherte, die erkennbar nicht in der Lage sind, eine Arbeit ohne Gefahr für sich oder andere auszuführen, mit dieser Arbeit nicht beschäftigen.

INHALTSVERZEICHNIS

Titel
Inhaltsverzeichnis
§ 1 Geltungsbereich von Unfallverhütungsvorschriften
§ 2 Grundpflichten des Unternehmers
§ 3 Beurteilung der Arbeitsbedingungen, Dokumentation, Auskunftspflichten
§ 4 Unterweisung der Versicherten
§ 5 Vergabe von Aufträgen
§ 6 Zusammenarbeit mehrerer Unternehmer
<b>§ 7 Befähigung für Tätigkeiten</b>
§ 8 Gefährliche Arbeiten
§ 9 Zutritts- und Aufenthaltsverbote
§ 10 Besichtigung des Unternehmens, Erlass einer Anordnung, Auskunftspflicht
§ 11 Maßnahmen bei Mängeln
§ 12 Zurverfügungstellung von Vorschriften und Regeln
§ 13 Pflichtenübertragung
§ 14 Ausnahmen
§ 15 Allgemeine Unterstützungspflichten und Verhalten
§ 16 Besondere Unterstützungspflichten
§ 17 Benutzung von Einrichtungen, Arbeitsmitteln und Arbeitsstoffen
§ 18 Zutritts- und Aufenthaltsverbote
§ 19 Bestellung von Fachkräften für Arbeitssicherheit und Betriebsärzten
§ 20 Sicherheitsbeauftragte
§ 21 Allgemeine Pflichten des Unternehmers
§ 22 Notfallmaßnahmen
§ 23 Maßnahmen gegen Einflüsse des Wettergeschehens
§ 24 Allgemeine Pflichten des Unternehmers
§ 25 Erforderliche Einrichtungen und Sachmittel
§ 26 Zahl und Ausbildung der Ersthelfer
§ 27 Zahl und Ausbildung der Betriebssanitäter
§ 28 Unterstützungspflichten der Versicherten
§ 29 Bereitstellung
§ 30 Benutzung
§ 31 Besondere Unterweisungen
§ 32 Ordnungswidrigkeiten
§ 33 Übergangs- und Ausführungsbestimmungen
§ 34 (gestrichen)
§ 35 Inkrafttreten
Anlage 1
Anlage 2
Anlage 3
Genehmigung
Bezugsquellenverzeichnis
Stichwortverzeichnis



[← zurück](#)

[weiter →](#)

[Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)

## **Betriebsverfassungsgesetz**

### **§ 102 Mitbestimmung bei Kündigungen**

(1) Der Betriebsrat ist vor jeder Kündigung zu hören. Der Arbeitgeber hat ihm die Gründe für die Kündigung mitzuteilen. Eine ohne Anhörung des Betriebsrats ausgesprochene Kündigung ist unwirksam.

(2) Hat der Betriebsrat gegen eine ordentliche Kündigung Bedenken, so hat er diese unter Angabe der Gründe dem Arbeitgeber spätestens innerhalb einer Woche schriftlich mitzuteilen. Äußert er sich innerhalb dieser Frist nicht, gilt seine Zustimmung zur Kündigung als erteilt. Hat der Betriebsrat gegen eine außerordentliche Kündigung Bedenken, so hat er diese unter Angabe der Gründe dem Arbeitgeber unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von drei Tagen, schriftlich mitzuteilen. Der Betriebsrat soll, soweit dies erforderlich erscheint, vor seiner Stellungnahme den betroffenen Arbeitnehmer hören. § 99 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(3) Der Betriebsrat kann innerhalb der Frist des Absatzes 2 Satz 1 der ordentlichen Kündigung widersprechen, wenn

1. der Arbeitgeber bei der Auswahl des zu kündigenden Arbeitnehmers soziale Gesichtspunkte nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt hat,
2. die Kündigung gegen eine Richtlinie nach § 95 verstößt,
3. der zu kündigende Arbeitnehmer an einem anderen Arbeitsplatz im selben Betrieb oder in einem anderen Betrieb des Unternehmens weiterbeschäftigt werden kann,
4. die Weiterbeschäftigung des Arbeitnehmers nach zumutbaren Umschulungs- oder Fortbildungsmaßnahmen möglich ist oder
5. eine Weiterbeschäftigung des Arbeitnehmers unter geänderten Vertragsbedingungen möglich ist und der Arbeitnehmer sein Einverständnis hiermit erklärt hat.

(4) Kündigt der Arbeitgeber, obwohl der Betriebsrat nach Absatz 3 der Kündigung widersprochen hat, so hat er dem Arbeitnehmer mit der Kündigung eine Abschrift der Stellungnahme des Betriebsrats zuzuleiten.

(5) Hat der Betriebsrat einer ordentlichen Kündigung frist- und ordnungsgemäß widersprochen, und hat der Arbeitnehmer nach dem Kündigungsschutzgesetz Klage auf Feststellung erhoben, dass das Arbeitsverhältnis durch die Kündigung nicht aufgelöst ist, so muss der Arbeitgeber auf Verlangen des Arbeitnehmers diesen nach Ablauf der Kündigungsfrist bis zum rechtskräftigen Abschluss des Rechtsstreits bei unveränderten Arbeitsbedingungen weiterbeschäftigen. Auf Antrag des Arbeitgebers kann das Gericht ihn durch einstweilige Verfügung von der Verpflichtung zur Weiterbeschäftigung nach Satz 1 entbinden, wenn

1. die Klage des Arbeitnehmers keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet oder mutwillig erscheint oder
2. die Weiterbeschäftigung des Arbeitnehmers zu einer unzumutbaren wirtschaftlichen Belastung des Arbeitgebers führen würde oder
3. der Widerspruch des Betriebsrats offensichtlich unbegründet war.

(6) Arbeitgeber und Betriebsrat können vereinbaren, dass Kündigungen der Zustimmung des Betriebsrats bedürfen und dass bei Meinungsverschiedenheiten über die Berechtigung der Nichterteilung der Zustimmung die Einigungsstelle entscheidet.

(7) Die Vorschriften über die Beteiligung des Betriebsrats nach dem Kündigungsschutzgesetz bleiben unberührt.

[zum Seitenanfang](#)

[Datenschutz](#)

[Seite ausdrucken](#)



[← zurück](#)

[weiter →](#)

[Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)

**Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit  
(Arbeitsschutzgesetz - ArbSchG)  
§ 15 Pflichten der Beschäftigten**

(1) Die Beschäftigten sind verpflichtet, nach ihren Möglichkeiten sowie gemäß der Unterweisung und Weisung des Arbeitgebers für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Sorge zu tragen. Entsprechend Satz 1 haben die Beschäftigten auch für die Sicherheit und Gesundheit der Personen zu sorgen, die von ihren Handlungen oder Unterlassungen bei der Arbeit betroffen sind.

(2) Im Rahmen des Absatzes 1 haben die Beschäftigten insbesondere Maschinen, Geräte, Werkzeuge, Arbeitsstoffe, Transportmittel und sonstige Arbeitsmittel sowie Schutzvorrichtungen und die ihnen zur Verfügung gestellte persönliche Schutzausrüstung bestimmungsgemäß zu verwenden.

[zum Seitenanfang](#)

[Datenschutz](#)

[Seite ausdrucken](#)



[← zurück](#)

[weiter →](#)

[Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)

**Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit  
(Arbeitsschutzgesetz - ArbSchG)  
§ 16 Besondere Unterstützungspflichten**

- (1) Die Beschäftigten haben dem Arbeitgeber oder dem zuständigen Vorgesetzten jede von ihnen festgestellte unmittelbare erhebliche Gefahr für die Sicherheit und Gesundheit sowie jeden an den Schutzsystemen festgestellten Defekt unverzüglich zu melden.
- (2) Die Beschäftigten haben gemeinsam mit dem Betriebsarzt und der Fachkraft für Arbeitssicherheit den Arbeitgeber darin zu unterstützen, die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit zu gewährleisten und seine Pflichten entsprechend den behördlichen Auflagen zu erfüllen. Unbeschadet ihrer Pflicht nach Absatz 1 sollen die Beschäftigten von ihnen festgestellte Gefahren für Sicherheit und Gesundheit und Mängel an den Schutzsystemen auch der Fachkraft für Arbeitssicherheit, dem Betriebsarzt oder dem Sicherheitsbeauftragten nach § 22 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch mitteilen.

[zum Seitenanfang](#)

[Datenschutz](#)

[Seite ausdrucken](#)